Desinstitucionalização

Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado

desinstitute

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.
Disponível também em: www.desinstitute.org.br
1ª edição – 2023

Produzido:
2022

Publicado no Brasil:
Maio de 2023

Como citar este documento:
DESINSTITUTE. Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado. Brasília: [s.n.], 2023.

O Desinstitute é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos que trabalha pela garantia de direitos no campo da política de drogas e pelo cuidado em liberdade na política da saúde mental no Brasil e na América Latina. Fundado em 2020, atua por meio da produção e publicização de conhecimento técnico, da interlocução com movimentos sociais e organizações da sociedade civil, do monitoramento e análise de políticas públicas e de advocacy no Legislativo, Executivo e sistema de Justiça. Sua missão prioritária é influenciar e respaldar tecnicamente o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências e orientadas por princípios democráticos, de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de garantia dos direitos humanos a todas as pessoas.

Para mais informações, acesse: https://desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/.

Sumário

Apresentação 08

1. A desinstitucionalização na política brasileira de saúde mental (p. 11)

1.1 Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira 15
1.1.1 Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) 16
1.1. 2 Documentos marcos no âmbito internacional e na América Latina 17
1.1. 3 Referências normativas e técnicas da política de saúde mental do Brasil 20
1.1. 3.1 Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) 20
1.1. 3. 2 Dimensão jurídica para sustentação das proposições da política 22
1.1. 3. 3 Proposições da Política Nacional de Saúde Mental 24

2. As vozes dos usuários e usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): as implicaçoes da desinstitucinalização na vida (p. 35)

2.1 A perspectiva assistencial 36
2.1.1 Dimensão institucional 36
2.1. 2 Dimensão operacional 39
2. 1. 3 Dimensão da sustentabilidade 43
2. 2 A perspectiva econômica 45
2. 3 A perspectiva ético-política 47
2. 3.1 A reprodução da lógica de controle 48
2. 3. 2 Metodologias de cuidado emancipatórias 49
2. 3. 3 A pandemia e suas implicações 51
2. 4 Recomendações para o trabalho de desinstitucionalização 52

3. A operacionalização dos processos de desinstitucionalização: estratégias de gestão (p. 54)

3.1 Eixo operacional I: fechamento de hospital psiquiátrico e de custódia e tratamento psiquiátrico 56
3. 1. 1 Fechamento de hospital psiquiátrico 57
3. 1. 1. 1 Estratégia I: realização de inspeções, vistorias e avaliação dos hospitais quanto às garantias de direitos humanos e normativas assistenciais 58
3. 1. 1. 2 Estratégia II: regulação das internações psiquiátricas e fechamento da porta de entrada do hospital 59
3. 1. 1. 3 Estratégia III: realização de gestão pública clínica ou clínico-administrativa do hospital na perspectiva da desinstitucionalização 62
3. 1. 1. 4 Estratégia IV: fechamento de leitos psiquiátricos e realocação dos recursos da autorização de internação hospitalar 65
3. 1. 2 Fechamento de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico 66
3. 1. 2. 1 Estratégia I: implementação de uma nova cultura para a efetivação das medidas de segurança 67
3. 1. 2. 2 Estratégia II: entrada de equipes de saúde nos HCTP para desenvolvimento do cuidado na perspectiva da desinstitucionalização 69
3. 1. 2. 3 Estratégia III: fechamento da porta de entrada dos HCTP com vistas à sua extinção 70
3. 1. 3 Re exões nais do eixo I 71
3. 2 Eixo operacional II: articulação e organização da rede de saúde e assistência social, de forma intersetorial e comunitária 72
3. 2. 1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional 73
3. 2. 2 Sistema Único de Assistência Social
3. 2. 3 Rede de Atenção Psicossocial 76
3. 2. 3. 1 Ampliação da Rede de Atenção Psicossocial 82
3. 2. 3. 2 Quali cação dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial 84
3. 2. 3. 3 Gestão pública e participativa da Rede de Atenção Psicossocial e dos processos de desinstitucionalização 85
3. 2. 3. 4 Trabalhos em conjunto com as promotorias e defensorias 86
3. 2. 3. 5 Organização política dos usuários e trabalhadores 87

4. O direito à cidade: estratégias de cuidado (p. 90)

4.1 Eixo operacional III: início do processo de desinstitucionalização das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e de custódia e tratamento psiquiátrico 91
4. 1. 1 Organização do processo de trabalho 93
4. 1. 2 Pessoas institucionalizadas 97
4. 1. 2. 1 Cuidados clínicos 98
4. 1. 2. 2 Cuidados psicossociais 98
4.1. 2. 3 Questões jurídico-civis 99
4. 1. 3 Famílias 100
4. 1. 4 Rede territorial 101
4. 2 Eixo operacional IV: o cuidado em liberdade e a garantia de direitos 103
4. 2.1 Moradia 103
4. 2.1. 1 Con guração da casa em relação a sua composição 104
4. 2.1. 2 Imóvel e localidade da casa 104
4. 2.1. 3 A ocupação da casa e convivência coletiva 104
4. 2. 2 Cuidados em saúde 107
4. 2. 2. 1 Gestão Autônoma de Medicação (GAM) 108
4. 2. 2. 2 Grupo de Ouvidores de Vozes 109
4. 2. 2. 3 Grupos de Ajuda de Suporte Mútuo /cartão de crise 109
4. 2. 3 Trabalho renda e direitos 109
4. 2. 4 Cultura 112

Considerações finais

Referências

Apresentação

A atual conjuntura política no Brasil e no mundo, dada a intensi cação das forças de extrema direita, tem imprimido na nossa sociedade uma lógica de “incivilidade”, com fragilização das políticas públicas, acirramento das desigualdades sociais e intensi cação de uma cultura de intolerância promotora de violações de direitos.

Nesse cenário, as práticas de exclusão e a diluição dos processos de sociabilidade ocorrem mediante o fortalecimento da institucionalização e segregação de determinados grupos da sociedade. Em cárceres, instituições de tratamento forçado ou de permanência obrigatória, essa dinâmica produz efeitos nocivos para a vida das pessoas, além de onerar os cofres públicos.

No campo[1] especí co da saúde mental, a partir de 2015 até o ano de 2022, em meio aos retrocessos impostos pelo governo federal, preocupa-nos especialmente o recrudescimento de instituições com características asilares[2], entre elas, os hospitais psiquiátricos (HP) e de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

Por meio de mudanças de normativas, da ampliação do nanciamento de instituições com características asilares e de desinvestimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), imprime-se uma interrupção ou desaceleração dos investimentos federais na política de saúde mental e, consequentemente, nos processos de desinstitucionalização em curso no Brasil.

Por considerar a desinstitucionalização como o caminho para o enfrentamento das práticas de exclusão e de violação de direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, esta publicação se propõe a funcionar como um instrumento-provocador de re exões e ações. Portanto este documento procura subsidiar diversos atores políticos, no território, para a realização de leituras e de ações necessárias quanto aos processos de desinstitucionalização de pessoas internadas em HP e HCTP.

Compreendem-se como o coletivo de atores nos territórios os tomadores de decisões de diferentes âmbitos (municipais e estaduais), a saber: trabalhadores, operadores do Direito, acadêmicos, gestores (Executivo), instâncias do controle social e movimentos sociais, usuários e familiares envolvidos diretamente em processos de desinstitucionalização.

A história brasileira revela que é nos municípios que a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial acontece. Nesse sentido, faz-se necessário evidenciar nas várias localidades a condição das pessoas em sofrimento psíquico internadas em manicômios (especi camente HP e HCTP), as possibilidades de desenvolvimento de processos de desinstitucionalização e de mecanismos de interrupção de novas institucionalizações.

Este documento toma como base os amparos conceituais, legais e técnicos de diferentes áreas e de variadas experiências no âmbito da saúde mental. A sistematização do conjunto de estratégias, aqui reunidas, pode levar o leitor a olhar, problematizar a sua realidade e, ao mesmo tempo, projetar processos de desinstitucionalização. Parte-se do acúmulo teórico prático da experiência brasileira e enfatiza-se o processo de construção da política de saúde mental, com seus avanços e entraves ante a perspectiva da desinstitucionalização.

Com base nesse acúmulo, pretende-se subsidiar os diferentes atores políticos dos territórios para o desenvolvimento de um raciocínio analítico sobre suas realidades, do qual resultem ações concretas. A ideia é que as discussões apresentadas neste documento colaborem para a criação de arranjos locais no sentido de sustentar e dar continuidade aos processos de desinstitucionalização, considerando o cenário atual, os desa os e as possibilidades futuras na implementação de políticas públicas.

Para articularmos a sua difusão em maior escala, decidimo-nos por elaborar um texto em formato digital para ampla divulgação eletrônica. A sistematização do documento em questão contempla: problematização, diretrizes, instrumentos normativos, possibilidades operacionais e recortes de experiências com a nalidade de abordar questões cotidianas encontradas nas diferentes realidades.

Para ampliarmos o acesso às informações reunidas no texto, optamos também por indicar para cada documento mencionado um endereço eletrônico e, para cada experiência prática, um *link* que a retrate por meio de documentos de referência, reportagens, vídeos ou trabalhos acadêmicos, sempre que disponíveis.

A elaboração deste documento foi discutida com pessoas de diversos segmentos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, entre elas, gestores, pro ssionais, pesquisadores, trabalhadores e usuários.

No que se refere à metodologia aplicada, o processo deu-se em diferentes etapas, a saber: articulação e composição com colaboradores, pesquisa, escrita do documento, apresentação e validação do texto produzido nas várias fases. Tal metodologia teve como etapa embrionária, em outubro de 2020, a realização de duas rodas virtuais de conversas sobre processos de desinstitucionalização. À época, o Desinstitute articulou a participação de pessoas com experiências diversas no tema, oriundas da gestão e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e no sistema de Justiça, de diferentes locais do país.

Para os encontros, algumas perguntas norteadoras sobre como conduzir processos de desinstitucionalização foram encaminhadas e debatidas, com base nas vivências e referências de cada participante. Desses momentos, foi gerada uma relatoria que con gurou a primeira sistematização das linhas de raciocínio do documento.

Em seguida, compusemos um grupo de trabalho para discussão e acompanhamento das etapas de elaboração do documento, que nomeamos grupo de discussão e acompanhamento (GDA). Para compor esse grupo, contamos com algumas pessoas que participaram das rodas de conversa do momento embrionário, mas ampliamos as participações para contemplar outros atores envolvidos com experiências municipais e estaduais de desinstitucionalização.

O principal objetivo do grupo foi estabelecer consenso sobre pontos que subsidiaram a construção coletiva do documento quanto a sua nalidade, linhas de discussão, difusão e seu uso prático na realidade.

A execução do trabalho com o GDA deu-se em três momentos. O primeiro encontro consistiu na apresentação e discussão de validação do desenho e nalidade do documento. O produto desse momento foi a elaboração de uma ementa, contendo uma matriz geral. O segundo encontro foi marcado pela realização de análise e de ajustes do texto produzido (produto parcial). Já o terceiro encontro consistiu na apresentação, discussão e validação do documento na sua versão nal.

Tomando a ementa como norteadora, foi organizada uma pesquisa acerca dos principais marcos legislativos e regulatórios

[1] Tomamos por campo da saúde mental, neste documento, a área de abrangência marcada por saberes e práticas coletivamente construídos através da interlocução de atuação de diferentes atores sociopro ssionais – da saúde, da educação, da cultura e da Justiça – e atores com atuação em movimentos sociais, como na Luta Antimanicomial.

[2] Este documento compreende as instituições com características asilares conforme a referência dada pela Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001): instituições desprovidas de recursos para garantia de direitos. Toma-se aqui, especi camente, por instituições com características asilares aquelas que segregam sob o falso pretexto do cuidado, com características de tratamento forçado e/ou de permanência obrigatória, con gurando certo modelo de intervenção, aqui nomeado como modelo asilar. Na contemporaneidade, para além da saúde, observamos a presença dessas instituições com diferentes con gurações, voltadas para crianças, adolescentes, adultos e idosos

do campo da saúde mental, realizada em bancos de dados cientí cos e o ciais.

A partir do primeiro encontro com o GDA e em comum acordo com esse coletivo, foram realizadas ainda outras duas rodas virtuais de conversa com usuários da RAPS de várias regiões do país. Formamos um grupo de 15 pessoas com diferentes inserções na rede e/ou na Luta Antimanicomial como também alguns pro ssionais de referência de moradores de serviços residenciais terapêuticos (SRT).

As rodas de conversas com os usuários buscaram responder às seguintes perguntas: “por que e para que fechar HP e HCTP?” e “por que desinstitucionalizar pessoas?”.

Assim nasceu um dos capítulos do documento, escrito com base nas narrativas do coletivo de usuários. Após uma potente e emocionante roda de conversa sobre as suas trajetórias, a transcrição dos diálogos foi organizada, priorizando as falas das pessoas e sistematizando os temas que foram discutidos por elas. Vale ressaltar que o texto produzido na sua versão preliminar foi analisado pelos usuários, também autores do capítulo dois.

Compreendendo o tecimento metodológico da escrita desta publicação, o leitor encontrará neste documento as seguintes seções:

Capítulo 1 – A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE MENTALpartindo do conceito norteador de desinstitucionalização, agregamos os principais marcos legais e normativos da Política Nacional de Saúde Mental e a contextualização até o ano de produção (2022);

Capítulo 2 – AS VOZES DOS USUÁRIOS E USUÁRIAS DA RAPSas implicações do processo de desinstitucionalização na vida das pessoas inseridas nesse contexto, em que elas apontam, com base em suas experiências, importantes perspectivas críticas a respeito do modelo manicomial e psicossocial;

Capítulo 3 – A OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃOestratégias de gestão, em que podemos vislumbrar o planejamento, a implantação e as articulações necessárias para o fechamento dos HP e dos HCTP e a organização da rede de serviços territoriais para efetivação do cuidado em liberdade;

Capítulo 4 – O DIREITO À CIDADE:uma abordagem focal sobre estratégias cotidianas de cuidado, do hospital à cidade, pela perspectiva da restituição e garantia de direitos – acesso à moradia, trabalho e renda, cuidados em saúde e cultura;

Considerações Finais: destacamos alguns desafios para avançar com o desenvolvimento dos processos de desinstitucionalização no Brasil.

Os capítulos seguem uma lógica sequencial e complementam-se, mas a leitura de cada seção pode ser realizada de forma alternada, pelos assuntos de maior interesse do público leitor.

O manicômio reforça estigmas, fragiliza e produz rupturas de vínculos afetivos e sociais nos contextos de vida da pessoa internada, caminhando, portanto, na contramão de qualquer dimensão de cuidado em saúde.

Marcados por uma dinâmica institucional pautada na assimetria de poder e que produz violência, podemos compreender os manicômios como instituições de violência que se caracterizam pela:

> [...] nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 1985, p. 101, grifo do autor).

Como refere Kinoshita (2016), aos sujeitos loucos, é atribuída a condição de não humano, dada certa desapropriação do corpo e da linguagem, produzida e legitimada pelo manicômio. Essa produção ocorre em uma complexa cadeia de eventos e situações sociais, envolvendo diversas instituições pelas quais o processo se dá como em um circuito, em que o manicômio exerce um papel estratégico no processo de exclusão e de normalização da vida (BRASIL, 2016, p. 3).

Tais elementos não retratam apenas uma estrutura, mas também uma lógica e uma dinâmica que repercutem na vida das pessoas. É essa repercussão que pode ser compreendida como o processo da institucionalização, a saber:

> [...] o complexo de "danos" derivados de uma longa permanência coagida como aquela no hospital psiquiátrico, quando a instituição baseia-se em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, dos quais as regras que o doente deve submeter-se incondicionalmente são expressão, determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA, 1981 *apud* NICÁCIO, 2003, p. 108).

É no enfrentamento dessas circunstâncias que a desinstitucionalização se consolida como um processo permanente, crítico e inventivo. Para Basaglia (1985), trata-se de uma ruptura a ser realizada através do desmonte do aparato manicomial, mediante a transformação das relações e dos lugares que as pessoas ocupam. Esse aparato se estende para além do lugar físico, sendo uma lógica que precisa ser repensada e modificada continuamente.

Nesse sentido, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) apontam a necessidade de um trabalho terapêutico que vislumbre a reconstrução das pessoas como atores sociais mediante a transformação de sua vida cotidiana. Para realização de tal trabalho, a reabilitação psicossocial mostra-se um caminho potente, sendo considerada aqui como:

> [...] um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por toda, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e recíproca mente multiplicantes (SARACENO, 2001, p. 112).

Existe uma multiplicidade de conceitos e compreensões acerca da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. Entretanto, é com base nas perspectivas anteriormente descritas que abordamos a experiência brasileira neste documento.

Dessa forma, no Brasil, a desinstitucionalização agrega certa radicalidade e diversidade na construção simultânea de práticas e saberes.

> A desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2009, p. 34).

O debate teórico-prático realizado por vários autores brasileiros (que, no limite deste documento, dada a sua natureza, não poderá ser aprofundado) articula desinstitucionalização com os direitos humanos e o exercício de cidadania. Nicácio (2003, p. 27) aponta que:

> Na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas com as principais diretrizes para o processo de reforma e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural.

No tocante à questão da cidadania, no Brasil, há o reconhecimento de que há uma relação entre determinação social e saúde mental, tomando como central a garantia de direitos[3]. Em outra perspectiva, de forma mais contemporânea, no debate brasileiro, também é crescente a referência aos marcadores sociais na produção de desigualdade social e de sofrimento.

> A doença mental e as instituições psiquiátricas estariam, assim, diretamente vinculadas às exclusões da sociedade e, logo, envolvidas nas questões de: classe, gênero, raça/etnia, assim como as relações estabelecidas por questões relacionadas a sexualidade, identidade sexual, religião, geração, entre outras (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 34-35).

Ante o exposto, podemos ver como a perspectiva da desinstitucionalização constituiu base da experiência da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira. Num contexto político e econômico nem sempre favorável, ao longo de mais de 40 anos, desenhou-se um caminho singular de formulações e proposições para o enfrentamento do modelo asilar.

Embora a desinstitucionalização trate de uma ampla perspectiva ético-política, neste documento, é abordada com maior ênfase sua dimensão teórico-prática no que se refere à superação dos manicômios[4] e à consequente restituição de direitos das pessoas por eles institucionalizadas.

Quanto ao panorama mais recente do modelo asilar, considerando as instituições objetos deste documento, o relatório do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) identificou que, em 2011, existia um universo de 189 HP[5] financiados pelo SUS, dos quais 75% eram pertencentes ao setor privado (BRASIL, 2011a). Em 2020, nove anos depois, o Brasil ainda apresentava 13.929 leitos distribuídos em 112 HP credenciados ao SUS (DESINSTITUTE, 2021). A preponderância da natureza privada dos HP é reafirmada quando o Relatório de Inspeções (CFP, 2019) aponta que, dos 40 HP inspecionados em 2018, as instituições privadas concentravam 4.482 leitos destinados ao SUS e os hospitais públicos de administração direta apresentavam o quantitativo de 1.878 leitos.

Em relação às pessoas institucionalizadas, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, em 2011, 37% das 26.551 pessoas internadas em HP no âmbito do SUS contavam com internação há mais de um ano sem interrupção (BRASIL, 2011a). Já o Relatório de Inspeções (CFP, 2019), refere que em 2018, dos 40 HP visitados, em 33 estabelecimentos (82,5%), correspondentes a 6.760 leitos SUS, foram identificadas 1.185 pessoas com internação de longa permanência, ou seja, 25% do total de leitos ocupados nos referidos estabelecimentos (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, é possível afirmar que o problema da institucionalização no Brasil, marcado pela lógica manicomial, também é atravessado por interesses econômicos e corporativos dos dirigentes dos manicômios brasileiros. A concentração histórica dos leitos de psiquiatria em instituições privadas/filantrópicas credenciadas ao SUS complexifica ainda mais o problema da institucionalização psiquiátrica no Brasil. Tal situação faz com que as opressões e violências sejam naturalizadas e mantenha-se a crença do isolamento como prática e concepção no âmbito da saúde mental.

Compondo ainda o cenário referido, é importante situar que, até 2013, segundo Diniz (2013), o Brasil contava com 23 HCTP, discussão que retomaremos mais adiante neste capítulo.

No enfrentamento ao modelo asilar, a Política Nacional de

[3] Dimenstein et al. (2017, p. 75) destacam que a determinação social pressupõe que "a saúde humana deve passar pela análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, de sua estrutura social e econômica, entendendo que esta subordina a dimensão natural da produção da saúde, da doença e do cuidado".

[4] Para fins deste documento, conforme descrito na "Apresentação", toda discussão será focada nos HP e nos HCTP.

[5] Neste documento, toma-se como referência para caracterizar a internação psiquiátrica de longo período, ou seja, internação de longa permanência, o critério estabelecido pela Portaria GMA/MS nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a): internação superior a um ano, de forma ininterrupta. Vale ressaltar que o processo de institucionalização, como visto anteriormente, comporta outros elementos, para além do recorte temporal da internação.

Saúde Mental ancorada na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial produziu significativos avanços na reversão do modelo manicomial para o psicossocial. Entre 2002 e 2020, registrou-se o fechamento de 37.464 leitos SUS em psiquiatria, a inserção de 4.520 pessoas no Programa de Volta para Casa (PVC), a habilitação de 2.785 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de 781 SRT, a aplicação de 88% dos recursos financeiros do orçamento da saúde mental nacional na rede extra-hospitalar e 12% na rede hospitalar (DESINSTITUTE, 2021).

Entretanto, com a mudança do contexto político do país a partir do ano de 2016, vem se configurando a desconstrução do Estado brasileiro democrático e, em consequência, dos direitos sociais, produzindo a vulnerabilização das pessoas, o aumento do encarceramento, a exacerbação das desigualdades sociais e da pobreza, entre outros (STEFANO; MENDONÇA, 2018). Nesse cenário, o governo federal, portanto, passa a assumir uma posição contrária à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, com efetivação de mudanças de normativas técnicas e de financiamento da RAPS, as quais discutiremos mais detalhadamente.

Para compreender melhor os avanços e retrocessos no campo da saúde mental, é necessário percorrer brevemente a história da Política Nacional de Saúde Mental, situando alguns marcos emblemáticos e legais que dão sustentação às proposições marcadas pela perspectiva da desinstitucionalização.

1.1 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL BRASILEIRA

Para além da influência das experiências europeias de reforma psiquiátrica, no Brasil, a busca pela superação dos manicômios inicia-se em um cenário específico, em meio à efervescência de vários movimentos em prol da redemocratização do país, entre eles, o movimento sanitário[6]. Contemporaneamente a esse movimento, e desenvolvendo uma história própria a partir da segunda metade da década de 1970, inicia-se a mobilização de trabalhadores de saúde mental em núcleos, especialmente na região Sudeste do país, para denunciar as irregularidades do sistema psiquiátrico brasileiro e reivindicar melhores condições de trabalho. Essa mobilização constitui o que se chamou de Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1997).

Em seguida, em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, conhecido também por Encontro de Bauru, nasce a Luta Antimanicomial, protagonizada por usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com o lema "por uma sociedade sem manicômios".

Desde então, seus segmentos e entidades componentes vêm desenvolvendo um papel importante no que se refere a denúncias e formulação de proposições para superação dos manicômios.

✳ Lembremos: as repercussões do papel de custódia do manicômio até os dias atuais atravessam a realidade brasileira. Produzem implicações diretas para a vida das pessoas, os cofres públicos e o sistema de Saúde.

Damos destaque a dois documentos importantes e norteadores do ponto de vista ético-político para a experiência brasileira: o "Manifesto de Bauru"[7] (1987), que funda a Luta Antimanicomial, e a "Carta de Bauru"[8] (2017), por ocasião dos 30 anos do Encontro de Bauru.

O primeiro documento, fruto de uma articulação nacional entre o movimento popular e a classe trabalhadora, define as diretrizes e pautas em torno da extinção do manicômio:

> O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (MANIFESTO..., 1987).

[6] Movimento que apresenta como princípios "[...] o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública" (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

[7] A referida carta foi produzida no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, composto de 350 trabalhadores, em Bauru, no estado de São Paulo.

[8] No final de 2017 na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, foi realizado o Encontro de Bauru: 30 anos de Luta "Por uma Sociedade sem Manicômios", com a participação de representantes de centenas de serviços da RAPS, de organizações não governamentais (ONG), núcleos, grupos, associações de usuários e familiares, conselhos de classe, sindicatos (CARTA..., 2017).

O segundo documento, por sua vez, partiu da constatação dos avanços do SUS, das políticas públicas e da política de saúde mental no Brasil. Também problematizou a realidade contemporânea e o recrudescimento de retrocessos advindos do capitalismo nocivo, do neoliberalismo e de processos antidemocráticos. Nesse sentido, rea rma a defesa por “uma so ciedade sem manicômios” e, entre outros pontos, posiciona-se contra:

> [...] tudo aquilo que é intolerável para a dignidade das pessoas e nefasto para o seu convívio enquanto iguais: a explo ração e a ganância, o manicômio e a tortura, o autoritarismo e o Estado de exceção (CARTA..., 2017).

A seguir, apontamos alguns marcos normativos que deram e dão sustentação aos processos de desinstitucionalização no Brasil:

- Constituição Federal de 1988 e criação do SUS;
- documentos marcos no âmbito internacional e na América Latina;
- referências normativas e técnicas da política de saúde mental do Brasil.

1. 1. 1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As normas constitucionais são pilares para o modelo psicossocial desenhado no Brasil, uma vez que têm como base-a ga rantia de direitos. Igualdade, liberdade e inclusão social são elementos centrais. Vejamos:

> Art. 1º A Rep□blica Federativa do Brasil, formada pela uni□o indissol□vel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democr□tico de Direito e tem como fundamentos: [...] II–a cidadania; III–a dignidade da pessoa humana; IV–os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; [...]
>
> Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da Rep□blica Federativa do Brasil: I–construir uma sociedade livre, justa e solid□ria; [...] III–erradicar a pobreza e a marginaliza□o e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV–promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discrimina□o; [...]
>
> Art. 5º Todos s□o iguais perante a lei, sem distin□o de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade [...];
>
> Art. 6º S□o direitos sociais a educa□o, a sa□de, a alimenta□o, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previd□ncia social, a prote□o à maternidade e à infância, a assist□ncia aos desamparados, na forma desta Constitui□o (BRASIL, 1988a).

Essa base atrela a dignidade da pessoa ao exercício dos direitos básicos e fornece ancoragem para todas as normas que conferem segurança jurídica às proposições do campo da saúde pública e da saúde mental. O SUS, então, materializa-se como sistema universal e descentralizado, pelo conceito ampliado de saúde como resultante das condições de vida e como direito constitucional de todo e qualquer cidadão brasileiro e dever do Estado.

Com base na Constituição Federal, o SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b), visa à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, à participação da comunidade na gestão do sistema e à criação de mecanismos especí cos para garantir as transferências intergovernamentais de recursos nanceiros na área da saúde. Tais premissas e diretrizes do SUS contribuíram também para o desenvolvimento de normativas que viabilizaram processos de desinstitucionalização.

1. 1. 2 DOCUMENTOS MARCOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NA AMÉRICA LATINA

Inicialmente, é importante destacar a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 2021) que preconiza de forma central a garantia da dignidade humana, dos direitos fundamentais, da liberdade e da segurança pessoal. Outro documento relevante da Organização das Nações Unidas (ONU) é o que trata dos princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental (ONU, 1991). Tem-se ainda a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com De ciência – CDPD (BRASIL, 2007b), que consiste em um tratado internacional rmado por vários países, entre eles, o Brasil, com o propósito de garantir direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com de ciência.

Importante ressaltar que a CDPD, em seu texto original em inglês, trouxe o conceito de disability. No debate brasileiro, a tradução mais próxima de nida foi a de de ciência. Nessa perspectiva, a convenção ampliou esse conceito, associando-o não apenas à condição exclusiva da pessoa, mas às condições socioambientais em que esta se insere. Kinoshita (2019) chama atenção que o disability, ou a de ciência na tradução brasileira, não se resume a atributos do indivíduo, mas engloba a avaliação da relação deste com as suas circunstâncias. Com essa amplitude, permite abarcar diferentes de ciências, entre elas, as decorrentes dos transtornos mentais. Por essa perspectiva, surge à tona a discussão de de ciência psicossocial[9]

Pela importância da CDPD e dessa mudança de paradigma para a garantia de direitos, ela constitui um instrumento legal contemporâneo para o campo da saúde mental. A CDPD e os demais documentos descritos compõem o arcabouço que respalda as proposições de desinstitucionalização no Brasil.

As discussões mais contemporâneas no âmbito internacional relativas às pautas de direitos humanos estão sendo importantes para rea rmar e reforçar as proposições brasileiras, especialmente no cenário atual em que uma série de retrocessos se dá no campo da saúde mental, como discutiremos mais adiante.

[9] O termo def ciência psicossocial é coerente com a perspectiva da CDPD, mas pouco discutido no Brasil. Para um aprofundamento quanto a essa discussão, sugerimos a leitura da Nota Técnica 01/2017, “Nota técnica sobre conceito de def ciência psicossocial”, elaborada pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos e pela Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Def ciência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul, do estado do Rio Grande do Sul (SEVERO; MALAGUEZ; FERNANDES, 2016).

Nesse sentido, a ONU (2012), ao tratar dos Centros de Detenção e de Reabilitação obrigatórios relacionados ao tratamento de pessoas que fazem uso de drogas, aborda o problema das práticas de tortura e tratamento cruel, desumano e degradante nessas instituições, apontando para a responsabilidade do Estado ante tais situações, de maneira que as evite sob quaisquer circunstâncias.

Vale destacar que o fechamento de lugares que praticam internação forçada é um consenso internacional. A "Declaración Conjunta" (ONU, 2012) de diversos organismos do sistema da ONU insta os países a fecharem os centros de internação forçada para pessoas com problemas relacionados a drogas e a implementarem serviços comunitários de adesão voluntária, baseados na garantia dos direitos humanos.

> ✳ Vejamos a recomendação do Comitê da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (ONU, 2015), apresentada em relatório sobre o Brasil, a saber, especificamente o item 9: "O Comitê recomenda que o Estado Parte tome medidas, incluindo a revogação das disposições legais pertinentes, para abolir a prática de internação ou hospitalização involuntária, proibir tratamento médico forçado, em particular tratamentos psiquiátricos com base na deficiência, e forneça alternativas adequadas baseadas na comunidade".

A participação do Brasil nas discussões com outros países e órgãos internacionais acerca das questões de saúde mental apresenta um percurso importante. As referências e os consensos produzidos por essas interlocuções, ao mesmo tempo que representam o reconhecimento da experiência brasileira, reforçam o direcionamento dos processos locais na perspectiva da desinstitucionalização e dos direitos humanos.

Nesse cenário, destacamos no Quadro 1 alguns documentos produzidos no âmbito da América Latina:

Quadro 1 – Documentos internacionais

DOCUMENTOS	CONTEXTO	CONSENSOS
Declaração de Caracas (CARACAS, 1990)	Documento elaborado pelas organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, na capital venezuelana Caracas no ano de 1990.	Defesa das reformas na atenção à saúde mental nas Américas: reestruturação da assistência psiquiátrica, tomando como central a garantia de direitos humanos e civis, mediante elaboração de legislação local e organização de rede de atenção comunitária, com forte ênfase na atenção primária.
Carta de Brasília (CARTA..., 2005)	Elaborada na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, aclamada por 160 participantes de 26 países, destacou a posição do Brasil e Chile como referências importantes pelos avanços na construção de um novo modelo de saúde mental.	Visando estabelecer princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção psicossocial nas Américas, a carta enfatiza a necessidade de: participação de usuários e familiares no planejamento e implantação das ações de saúde mental; ampliação do financiamento por parte dos governos na rede de atenção de base comunitária substitutiva a hospitais psiquiátricos e desenvolvimento de colaboração entre países, para implantação de serviços, formação e pesquisa na área.
"Consenso de Brasília 2013" (BRASIL, 2013a)	I Encontro Regional de Usuários/as da América Latina, ocorrido no ano de 2013, em Brasília, realizado sob a coordenação da Organização Panamericana de Saúde (OPS) em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, com a presença de pessoas de vários países.	Seguem algumas das proposições assinaladas pelo documento, especialmente no que se refere aos direitos humanos: "1. Incentivar, apoiar e difundir legislações promotoras de cidadania e direitos humanos; 2. Promover o cuidado em liberdade na atenção psiquiátrica e saúde mental; 3. Ter acesso a proteção legal, técnica e outros instrumentos contra a internação involuntária por problemas de saúde mental; 4. Incentivar que os países da região promovam ações que permitam que os usuários de serviços de saúde mental exerçam plenamente seus direitos civis e políticos; 5. Tirar da invisibilidade os espaços onde ocorrem violações de direitos humanos contra os usuários de saúde mental e utilizar recursos institucionais e Estatais de denúncias e proteção" (BRASIL, 2013a).

Fonte: Elaboração própria.

Além dos documentos já expostos, em 2014 e 2020, em relação à pauta da desinstitucionalização especificamente, foram formulados dois importantes documentos internacionais, sendo eles: um da Organização Mundial da Saúde – OMS (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014) e outro da OMS (2020), cujos conteúdos foram sistematizados com base em várias experiências, entre elas, a brasileira.

Esses documentos trazem a relevância do desafio da desinstitucionalização nos tempos atuais, problematizando as repercussões negativas das internações em instituições fechadas, e reforçam a necessidade do fechamento das instituições com características asilares e de investimentos por parte dos governos na rede substitutiva a este modelo.

Nessa perspectiva, destacamos a seguir cinco princípios para a desinstitucionalização sinalizados pela OMS (WORLD...; GULBENKIAN..., 2014, p. 40), que, de alguma forma, são reafirmados pelo documento da OMS (2020):

> I. que os serviços comunitários devem estar disponíveis para que a desinstitucionalização não resulte em falta de moradia, encarceramento ou negligência das pessoas institucionalizadas ou mesmo não onere exclusivamente as famílias quanto a sua responsabilidade;

II. que os pro ssionais de saúde e suas organizações de classe devem estar ativamente envolvidos no planejamento, implementação e monitoramento das ações;

III. que uma série de setores do governo, líderes acadêmicos, organizações não governamentais e usuários de serviços e suas famílias seja considerada e desempenhe seus papéis, uma vez que cada um desses grupos tem perspectivas únicas que podem ajudar no processo de desinstitucionalização;

IV. que as transformações contextuais, como situações de emergência e mudanças na liderança política, devem ser consideradas por sua capacidade de criar aberturas para a desinstitucionalização;

V. que seja garantido por parte dos governos nanciamento adicional para apoiar a transição dos cuidados institucio nais para os cuidados de base comunitária.

Vale destacar ainda o documento Inovações e Desa os em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil (FIO-CRUZ; FUNDAÇÃO..., 2015), elaborado com vista a subsidiar o Seminário Internacional de Saúde Mental "Desinstitucio nalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desa os da Reforma Psiquiátrica Brasileira", realizado no Brasil em 2015 e promovido por Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Plataforma Gulbenkian, OMS e Ministério da Saúde.

1. 1. 3 REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL

Como já mencionamos, a desinstitucionalização no Brasil traz um forte viés na direção da superação dos manicômios. Tal experiência, nomeada Reforma Psiquiátrica, con gura-se como um movimento complexo marcado por diferentes ideias, fatos, forças e movimentos, que, conectados, permitiram a efervescência necessária para a constituição de uma política pública rumo à primazia do cuidado em liberdade.

> A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos pro ssionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, con itos e desa os (BRASIL, 2005, p. 6).

Dada a complexidade e densidade da política de saúde mental, optamos aqui por apontar algumas das dimensões que marcam a sua construção, especialmente as relacionadas diretamente aos processos de desinstitucionalização:

- Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM);
- dimensão jurídica para sustentação das proposições da política;
- proposições da política de saúde mental antimanicomial.

1. 1. 3. 1 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL (CNSM)

As CNSM expressam a singularidade da experiência da política pública brasileira de saúde mental construída desde a década de 1980, até 2015. Com a participação popular, as discussões e recomendações foram se dando em consonância com as conjunturas políticas, com a avaliação dos avanços no campo e com a complexidade das questões que se colocam em cada tempo.

Nesse percurso, elaboram-se propostas visando garantir os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e o desenvolvimento do modelo de atenção psicossocial, trazendo a tônica da liberdade e da intersetorialidade como estratégica.

Vejamos o Quadro 2 para compreender melhor o papel das CNSM na formulação, implantação e implementação da políti ca de saúde mental antimanicomial.

Quadro 2 – Panorama das Conferências Nacionais de Saúde Mental

CONFERÊNCIA	DISCUSSÕES TEMÁTICAS	COMPOSIÇÃO
I CNSM 25 a 28 de junho de 1987	Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e doença mental: Direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988b).	176 delegados
II CNSM 1 a 4 de dezembro de 1992	Atenção em Saúde Mental; Transformação e Cumprimento de Leis; Direito à Atenção e Direito à Cidadania (BRASIL, 1994).	500 delegados
III CNSM 11 a 15 de dezembro de 2001	Cuidar, sim. Excluir, não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social (BRASIL, 2002c).	1.700 Participantes e representantes inter nacionais - OPS e OMS.
IV CNSM 27 de junho a 01 de julho de 2010	Saúde Mental, Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desa os: Políticas Sociais e Políticas de Estado – pactuar caminhos intersetoriais; Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial; Fortalecer os Movimentos Sociais; Direitos humanos e cidadania como desa o ético e intersetorial (BRASIL, 2010d).	1200 delegados, 102 observadores e 200 convidados.

Fonte: Elaboração própria.

É importante destacar que a I CNSM já propunha tomar a saúde mental como uma política pública de saúde, apontando como princípios balizadores as referências da Reforma Sanitária. Para isso, suas recomendações se davam em torno do fe chamento progressivo dos HP e de sua substituição por leitos em hospital geral e por serviços territoriais inovadores. Ainda como proposição, apontava-se a necessidade de garantir a participação dos usuários e da comunidade no processo de im plantação/implementação da rede substitutiva, assim como a revisão da legislação ordinária desse processo. No percurso seguinte, cada conferência foi aprofundando tais questões e produzindo novas problematizações e proposições.

Considerando que a IV CNSM foi a última que ocorreu no Brasil e que se diferencia das demais por marcar fortemente a intersetorialidade, optamos por descrever a seguir suas recomendações no que se refere à desinstitucionalização (BRASIL, 2010d):

I. articulação intersetorial com a política de habitação, de assistência social, direitos humanos e outros;

II. aprofundamento do processo de desinstitucionalização no âmbito da gestão com construção de indicadores, de senvolvimento de planejamento com participação social;

III. fortalecimento do programa de desinstitucionalização com centralidade na singularidade das pessoas, no fecha mento dos leitos psiquiátricos e organização da rede territorial, viabilizando moradia, trabalho, renda (através do PVC e de outros benefícios) e cultura;

IV. garantia do processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes institucionalizados e não aceitação da internação compulsória;

V. criação de grupo de trabalho para avaliação das condições das pessoas internadas em diferentes instituições com características asilares e para desenvolvimento de proposta de desinstitucionalização;

VI. garantia do processo de desinstitucionalização das pessoas egressas dos HCTP;

VII. cumprimento da legislação no que se refere aos processos de desinstitucionalização, independentemente do Executivo;

VIII. realização de censo das pessoas com internação de longa permanência em instituições com características asilares.

1. 1. 3. 2 DIMENSÃO JURÍDICA PARA SUSTENTAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DA POLÍTICA

O Quadro 3 apresenta as principais normas federais que respaldam as proposições do campo da saúde mental. Algumas dessas serão retomadas nos capítulos III e IV pela abordagem de diferentes temas.

Quadro 3 – Legislações bases para a desinstitucionalização

INSTRUMENTO JURÍDICO / ANO	CONTEXTUALIZAÇÃO	PREMISSA	BASES PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
Lei Federal nº10.216/2001 (BRASIL, 2001)	O projeto de lei "Paulo Delgado" foi elaborado em 1989 e, em 1995, dada as forças contrárias, teve como substitutivo o projeto Lucídio Portella. Esse processo tramitou durante 12 anos para aprovação nal. Os interesses econômicos e corpo rativos foram grandes obstácu los neste jogo de forças. Entre tanto, esta lei foi maturada por uma grande mobilização social envolvendo usuários, familiares e trabalhadores do campo. O projeto possibilitou um cenário propício para a formulação e aprovação de várias leis esta duais e municipais de Reforma Psiquiátrica durante a década de 1990. A lei traz como eixo central a garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a mu dança do modelo assistencial em saúde mental, além de desti nar ao Ministério Público o dever de scalizar as internações inve luntárias.	"Dispõe sobre a pro teção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental."	Essa lei é de extrema relevância para respal dar o processo de desinstitucionalização no Brasil. Entre seus vários artigos, destacamos: Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem in su cientes. § 1º O tratamento visará, como nalidade per manente, à reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistên cia integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de as sistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes por tadores de transtornos mentais em institui ções com características asilares[...] Art. 5º O paciente há longo tempo hospitaliza do ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de su porte social, será objeto de política especí ca de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instân cia a ser de nida pelo Poder Executivo, asse gurada a continuidade do tratamento, quan do necessário.

Continua

INSTRUMENTO JURÍDICO / ANO	CONTEXTUALIZAÇÃO	PREMISSA	BASES PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
Lei Federal nº10.708/2003 (BRASIL, 2003a)	Em 2003, essa lei é aprovada como desdobramento da aprovação da Lei Federal nº10.216/2001 e como respos ta às recomendações das con ferências nacionais de saúde mental. Essa lei cria o PVC.	"Institui o auxílio-rea bilitação psicossocial para pacientes acome tidos de transtornos mentais egressos de internações."	Essa lei possibilita a saída das pessoas institucionalizadas do hospital e a criação de condições mínimas de cidadania e de moradia fora do hospital. Falamos de con dições básicas para a vida na sociedade, uma vez que articula o acesso ao recurso nanceiro com a moradia e com cuidado psicossocial.
Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2007b), incorporada pelo Brasil como emenda constitucional através do Decreto nº 6.949/2009	Esse decreto representa um importante ato do Brasil, como Estado Parte da Convenção In ternacional sobre os Direitos das pessoas com De ciência. O país assume com o decreto compro missos com a garantia da uni versalidade e da interelação dos direitos humanos e liberdades, contra qualquer forma de discri minação, tortura e tratamentos/ penas desumanas, degradantes e cruéis.	"Promulga a Con venção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com De ciên cia e seu Protocolo Facultativo , assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007."	Essa Convenção amplia o amparo legal quanto à defesa do cuidado em liberdade e da garantia das condições básicas de ci dadania para as pessoas com de ciência. Ainda, dá respaldo para o enfrentamento das diferentes formas de institucionaliza ção. Veda tratamento discriminatório. Re conhece que as pessoas com de ciência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida (artigo 12). Es tipula que a existência da de ciência não pode justi car privação de liberdade (artigo 14). Impõe o Respeito à integridade física e mental (artigo 17). Garante Inclusão e par ticipação na comunidade (artigo 19). Sedi menta a necessidade do Consentimento livre e esclarecido e garante a mesma qua lidade de serviços de saúde dispensadas às demais pessoas. Vale destacar que a capacidade jurídica in clui a capacidade de ser titular de direitos e de atuar em sua defesa. Capacidade jurídi ca e capacidade mental são conceitos dis tintos. Dé cits na capacidade mental (dis cernimento), sejam supostos, sejam reais, não devem ser utilizados como justi cativa para negar a capacidade jurídica. Quando não for possível determinar a vontade e as preferências de uma pessoa, a determi nação do "interesse superior" deve ceder espaço à "melhor interpretação possível de sua vontade e preferências". Direito de assumir riscos e cometer erros. Sedimenta a liberdade de tomar as pró prias decisões, superando a antiga lógica das decisões substituídas pela lógica das medidas de apoio, quando voluntariamen te solicitado.

Continua

INSTRUMENTO JURÍDICO / ANO	CONTEXTUALIZAÇÃO	PREMISSA	BASES PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
Lei Federal nº13.146/2015 (BRASIL, 2015b)	Essa lei consiste numa grande conquista para garantia de direitos e proteção da dignidade das pessoas com de ciência.	"Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com De ciência (Estatuto da Pessoa com De ciência)."	No esteio da convenção supracitada, a lei em questão constitui um marco importante para a saúde mental, uma vez que aboliu a interdição total de pessoas com de ciência, conferindo à medida um caráter temporário, extraordinário e parcial, limitado aos atos de natureza patrimonial e negocial. Inova ainda ao trazer uma nova gura jurídica de suporte às pessoas com de ciência, a tomada de decisão apoiada, trazendo uma perspectiva mais coerente com os pressupostos da desinstitucionalização. A Lei brasileira da Inclusão veda expressamente a imposição de tratamentos médicos a pessoas com de ciência, assim como veda a institucionalização forçada (artigo 11). Também reconhece que a de ciência não afeta a plena capacidade civil das pessoas (artigo 6). Embora seja uma conquista, sua aplicação coloca-se como desa o, uma vez que ainda demanda ser incorporada na prática.Faz-se necessário construir uma nova cultura.

Fonte: Elaboração própria.

Outro documento a ser considerado é a Resolução nº 8/2019 (BRASIL, 2019b) do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), que rea rma os princípios e as proposições da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

1. 1. 3. 3 PROPOSIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A Constituição Federal brasileira prevê o acesso à saúde como um direito do cidadão. Dessa forma, do ponto de vista constitucional, ninguém é obrigado a se tratar de qualquer comprometimento em saúde. Assim sendo, as privações de liberdade ou tratamentos forçados em nome do cuidado ou da saúde pública, como ocorrem em HP e HCTP, mais do que responder, terminam por violar direitos. Em contrapartida, cabe ao Estado prover o acesso à saúde com ações de promoção, prevenção e de cuidado, com respeito à dignidade humana, com reconhecimento e garantia dos direitos constitucionais.

Apresentamos a seguir como a Política Nacional de Saúde Mental vigente até 2015 foi construída com base nas proposições da Luta Antimanicomial e das recomendações das CNSM. As experiências de diferentes cidades brasileiras, nas décadas de 1980 e 1990, referentes à implantação de serviços e da rede comunitária substitutiva ao manicômio/HP, também foram estruturantes para sedimentar as proposições da política de saúde mental e de suas diretrizes normativas. Podemos citar, entre outras, a experiência do município de Santos, no estado de São Paulo, sendo um dos principais marcos históricos da Reforma Psiquiátrica do Brasil.

Como já mencionado, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas respectivamente pela crítica ao modelo asilar e pela produção dos primeiros desenhos e normatizações relativas à regulação da assistência hospitalar e da rede territorial. Para melhor contextualizar esse período, especialmente em relação aos processos de desinstitucionalização, destacamos:

- a Portaria nº 224/1992 (BRASIL, 1992), que de ne as normativas do atendimento ambulatorial e hospitalar, como também as diretrizes gerais relativas à assistência em saúde mental: organização de serviços baseada nos princípios do SUS; diversidade de terapêuticas nos vários níveis de atenção; multiprossionalidade na prestação de serviços; ênfase na participação social e de nição dos órgãos gestores locais para complementação das normativas, controle e avaliação dos serviços prestados;

- o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que, na década de 1990, buscou destinar recursos gastos pelo Ministério da Saúde com internação psiquiátrica para serviços substitutivos e para pessoas egressas de longas internações. Na prática, tal programa encontrou barreiras jurídicas para sua implantação (CAMPOS, 2008; ALVES, 2016). Entretanto consideramos que o PAD teve uma importância signi cativa para o amadurecimento das proposições que se desenharam historicamente para a operacionalização dos processos de desinstitucionalização.

Nos anos subsequentes, deu-se a expansão da rede psicossocial com amadurecimento dos elementos norteadores da política e das normativas técnicas e de nanciamento. Assim formulou-se uma política de saúde mental pública direcionada para os processos de desinstitucionalização, trazendo como eixo central a mudança do modelo asilar para o psicossocial.

Para ns de recorte das proposições desenhadas ao longo do tempo, vamos priorizar aqui as principais portarias publicadas a partir de 2001. As tomamos como estratégicas e centrais para os processos de desinstitucionalização, ou seja, orientadoras na perspectiva ético-político-conceitual.

Considerando que todas as referências postas serão retomadas nos capítulos III e IV através de uma discussão mais operacional dos processos de desinstitucionalização, apresentaremos a seguir apenas um panorama geral das portarias do Ministério da Saúde com normativas referentes à:

- regulação dos leitos em HP;
- desinstitucionalização;
- recomendações e ações voltadas para o processo de desinstitucionalização em HCTP;
- RAPS.

1. 1. 3. 3. 1 REGULAÇÃO DOS LEITOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS (HP)

Visa ao fechamento progressivo dos HP, consequentemente à reversão do modelo hospitalocêntrico (Quadro 4).

Quadro 4 – Estratégias de regulação

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
Normatização da assistência hospitalar com implantação do processo contínuo de avaliação	Portaria MS/GM nº 251/2002 (BRASIL, 2002a).	Institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) com pontuação dos hospitais, de acordo com critérios assistenciais e de respeito aos direitos humanos. "Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassi ca os hospitais psiquiátricos, de nindo estrutura e porta de entrada das internações na rede SUS."
Regulação do controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias	Portaria SAS nº 2.391/2002 (BRASIL, 2002b)	"Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de noti cação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS."

Continua

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
Mudança de porte dos hospitais (de macrohospitais para hospitais de menor porte)	Portaria MS/GM nº 52/2004 (BRASIL, 2004a) Portaria nº 53/2004 (BRASIL, 2004b)	Tais portarias induzem progressivamente à diminuição de leitos em HP com emissão de classificação e valorização financeira para as instituições com menor número de leitos. Estratégia utilizada para mudar o perfil do hospital até chegar ao seu fechamento definitivo, garantindo assim uma diminuição processual dos leitos em psiquiatria. Criam o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH) no SUS e o Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar.

Fonte: Elaboração própria.

O PNASH/Psiquiatria, tendo sua última edição ocorrida no período de 2012-2014, possibilitou avaliar periodicamente a assistência hospitalar psiquiátrica ofertada pelo SUS e identificar situações de violação de direitos.

Segundo o documento Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01 publicado pelo Desinstitute (2021) com base nos resultados do PNASH, 57 HP foram indicados para descredenciamento do SUS entre os anos de 2002 e 2016, induzindo os gestores estaduais e municipais a descredenciarem essas unidades e desinstitucionalizarem as pessoas internadas. Alguns desses hospitais indicados foram fechados, contudo muitos ainda se encontram abertos e, mesmo que tenha sido sugerido seu descredenciamento, seguem financiados pelos SUS, com a continuidade de práticas abusivas.

Isso pode ser visto também no documento Relatório de Inspeções (CFP, 2019), ao apontar que, dos 16 hospitais inspecionados que contavam com indicação de descredenciamento pelo PNASH, 10 ainda se encontravam abertos até o fechamento do relatório. Entre as principais questões identificadas neste documento, destaca-se a presença das seguintes violações de direitos: situações de violência, exploração da mão de obra das pessoas internadas, castigos com práticas de tortura, internações de crianças e adolescentes e situações de alimentação e infraestrutura degradantes.

1. 1. 3. 3. 2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

No âmbito da política nacional, foram desenvolvidas estratégias e normativas tendo em vista a substituição do modelo manicomial, considerando as necessidades e particularidades das pessoas com internação de longa permanência (Quadro 5).

Quadro 5 - Estratégias de desinstitucionalização

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
	I. Portaria MS/GM 106/2000 (BRASIL, 2000) II. Portaria MS/GM 3.090/2011 (BRASIL, 2011f)	I. "Cria os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do Sistema de Saúde para o atendimento ao portador de transtornos mentais. II. "Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)."
Regulamentação do PVC	Portaria nº 2.077/2003 (BRASIL, 2003b)	Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.
Criação do Programa de Desinsitutuciona-lização	Portaria nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a)	"Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal."

Fonte: Elaboração própria.

Os SRT e o PVC são estratégicos nos processos de desinstitucionalização. São esses dispositivos que garantem às pessoas com longo período de internação a possibilidade de viver no meio comunitário.

Sobre os SRT, vale destacar as referências das Portarias nº 106/2000 (BRASIL, 2000) e 3.090/2011 (BRASIL, 2011f) que normeiam esses dispositivos, respectivamente, como:

> Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000).
>
> [...] unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011f).

O PVC, por sua vez, traz um caráter reparador, uma vez que as pessoas institucionalizadas tiveram como principal financiador da sua condição de restrição de liberdade, ao longo dos anos, o próprio Estado. Consiste em um auxílio reabilitação psicossocial, pago mensalmente, diretamente a todas as pessoas beneficiárias cadastradas (independentemente de morar sozinha, em um SRT ou com a família).

Em relação ao Programa de Desinstitucionalização, esse se configurou como um ganho estratégico para o campo. Nele, são sistematizadas todas as ações voltadas para o processo de desinstitucionalização: a criação da equipe de desinstitucionalização, o desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização dentro e fora do hospital e a criação das condições de financiamento para realização das ações de desinstitucionalização em todas as suas etapas.

Vale destacar que a Portaria nº 2.840/2014 (BRASIL, 2014a) não foi regulamentada e implementada pelo governo brasileiro.

Pelo contrário, mais recentemente, foi suspensa pela Portaria GM/MS nº 596, de 22 de março de 2022, que desmontou pra ticamente todas as previsões legais para o nanciamento do programa de desinstitucionalização.

Entretanto, a Portaria 2.840/2014 será tomada como central neste documento, por trazer no seu bojo prerrogativas técni cas, políticas e formato de nanciamento que norteiam o desenvolvimento do cuidado, do projeto de reabilitação psicosso cial e dos processos de gestão no âmbito da desinstitucionalização.

É importante registrar que, em 2015, a Fiocruz em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e a OMS, em Inovações e Desa os em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil, rea rmaram que as experiências de desinstitucionali zação não são lineares e são muito singulares. Contudo referiram que existe um comum de estratégias que estão presentes em todos os processos, o que também podemos constatar neste documento.

1. 1. 3. 3. 3 RECOMENDAÇÕES E AÇÕES VOLTADAS PARA O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (HCTP)

Os HCTP são unidades prisionais onde são internadas pessoas em sofrimento psíquico em con ito com a lei, no cumpri mento de medida de segurança. As medidas de segurança, por sua vez, são destinadas às pessoas que cometem ato tipi cado como crime e que, em função do sofrimento psíquico, no momento do ato, segundo a lei penal, não se encontravam em condições de discernir ou responder pelos seus atos, sendo consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis (BRASIL, 2011c).

Vale ressaltar que, no atual cenário brasileiro, as medidas de segurança também são aplicadas com internações em alas de tratamento psiquiátrico (ATP) dentro de presídios comuns – expressando a complexidade dos problemas das internações penais, para além do HCTP. Dada a inexistência de dados atualizados sobre as ATP, este documento foca a discussão nos HCTP.

Em 2011, a publicação A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011 (DINIZ, 2013, p. 35) retratou o per l institucional dos HCTP e da população internada nesses estabelecimentos, conforme podemos ver a seguir:

> Em 2011, o conjunto dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no Brasil era formado por 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em complexos penitenciários. Nos estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, não havia ECTPs. As três ATPs estavam localizadas no Distrito Federal, no Mato Grosso e em Rondônia. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam três unidades de HCTP, e os demais 17 estados possuíam uma única unidade HCTP cada um.
>
> Em 2011, a população total dos 26 ECTPs era de 3.989 indivíduos, entre os quais 2.839 estavam em medida de segu rança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação tem porária. A população total era formada por 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. No Brasil, pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.

Os dados descritos apresentam uma distribuição dos HCTP pelas cinco regiões do país, concentrados na região Sudeste. Chama-nos atenção, também, o número expressivo de pessoas internadas nesses estabelecimentos, sendo 25% destas com indicação de desinternação, mas ainda privadas de sua liberdade.

Sabe-se que a medida de segurança é aplicada tomando como referência a condição de inimputabilidade ou semi-impu tabilidade, seguindo a lei penal. Na atualidade, as medidas de segurança podem ser de internação em HCTP ou estabele

cimento congênere ou de tratamento ambulatorial, mediante acompanhamento por aparelho de atenção à saúde mental com scalização judicial. Recomenda-se, entretanto, no âmbito do sistema de Justiça, a incorporação das proposições an timanicomiais, fazendo-se com que as normativas atuais, nacionais e internacionais, sobre o cuidado às pessoas em sofri mento psíquico espalhem sua luz sobre todo o ordenamento jurídico, inclusive o penal. Observamos no Quadro 6 alguns materiais jurídicos que concretizam essa incorporação.

Quadro 6 – Instrumentos jurídicos bases para a desinstitucionalização de pessoas em medida de segurança

DOCUMENTO	AUTOR	REFERÊNCIAS
Resolução 113/2010 (BRASIL, 2010a)	Conselho Nacional de Justiça (CNJ)	"Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liber dade e de medida de segurança, e dá outras providências". Ou seja, de ne a possibilidade da medida de seguran ça ser aplicada não apenas através da internação, como também no âmbito ambulatorial.
"Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psi- quiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/2001" (BRASIL, 2011c)	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF)	Que a pessoa em medida de seguran ça é um sujeito de saúde, e não da jus tiça e que os HCTP devem ser extintos.
Recomendação nº35/11 (BRASIL, 2011g)	CNJ	Que os tribunais, "na execução da me dida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto".
Nota n° 06/2014/Comissão Especializada em Execução Penal do Colégio Nacional dos Defensores Públicos Ge- rais – CEEP (CONDEGE) (SÃO LUIZ, 2014) **Carta do Seminário Interna- cional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial (Rio de Janeiro, 2017a)**	Defensoria Pública Geral	Que o processo de desinstitucionali zação precisa chegar ao sistema de justiça, uma vez que a privação de liberdade de pessoas em medida de segurança em HCTP ou em outro esta belecimento do sistema prisional cons titui-se como crime de tortura. Que as medidas de segurança devem ser aplicadas de forma que onsiderem as proposições da política de saúde mental proposta a pela Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2001).

Fonte: Elaboração própria.

Os referidos documentos apontam para a importância da desativação dos HCTP e a necessidade de se imprimir outra lógi ca para aplicação das medidas de segurança. Respaldam ainda as normativas técnicas e de nanciamento criadas para o cuidado em saúde mental das pessoas em con ito com a lei. Para entender melhor essas proposições, vejamos as portarias direcionadas à saúde no sistema prisional (Quadro 7).

Quadro 7 - Regulamentações direcionadas à saúde no sistema prisional

PORTARIA	OBJETIVO	OBSERVAÇÕES
_____	"Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)".	Nesse programa, que traz como centralidade a marca da intersetorialidade, enfatiza-se a oferta dos cuidados básicos em saúde, incluindo como público-alvo as pessoas custodiadas pelo Estado, sejam as inseridas no sistema prisional ou as em cumprimento de medidas de segurança. Nessa perspectiva, são propostos diferentes tipos de equipes de atenção básica, entre elas, algumas com incorporação de profissionais de saúde mental – veremos no capítulo 3 o detalhamento dessa proposição pelas Portaria GM/MS nº 482/2014 (BRASIL, 2014c) e Portaria nº 37/2021 (BRASIL, 2021d).
Portarias nº 94/2014 e 95/2014 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014d, 2014e)	Cria o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) e dispõe sobre o financiamento desse serviço no âmbito do SUS, respectivamente.	Essa portaria é a mais estratégica para o desenvolvimento das ações de desinstitucionalização. As proposições para essa equipe, sob gestão da saúde, implicam desenvolvimento de ações relativas ao processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, através: da construção de projeto terapêutico singular (PTS); trabalho conjunto com a Defensoria Pública e articulação com a rede territorial intersetorial. Os capítulos III e IV tratarão sobre os processos metodológicos possíveis dessa portaria.

Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se que as pessoas em situação de medida de segurança no país, de acordo com todas as normativas existentes, devem ter acesso a dispositivos de saúde para o seu tratamento, não à prisão e à segregação em instituições com características asilares, como são os HCTP. Nesse sentido, não cabe ao poder judiciário definir a modalidade desse tratamento, mas aos operadores do cuidado na RAPS e no SUS. As pessoas internadas e todo seu processo de desinstitucionalização devem encontrar no SUS suas referências de tratamento, assim como de sua inclusão comunitária.

1. 1. 3. 3. 4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Desde a década de 1990, uma série de serviços territoriais foi criada, com normativas técnicas e de financiamento, como os CAPS, por meio da Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002d), e os SRT, pela Portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000), como vimos anteriormente.

As portarias do Ministério da Saúde publicadas até 2015 determinam o cuidado longitudinal no território e que as situações de crise que demandem acolhimento integral possam ser realizadas em CAPS e em leitos de hospital geral, com o devido suporte, quando necessário, da rede de urgência/emergência.

Em 2011, na perspectiva de sistematizar os diferentes dispositivos de saúde mental numa rede de atenção integrada, com parâmetros populacionais, princípios psicossociais e diretrizes operacionais, é instituída a RAPS, através da Portaria nº 3.088/11, republicada em 2013 (BRASIL, 2013a).

É importante lembrar que a RAPS constituiu uma das redes temáticas, no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cujas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010b). Ainda nesse cenário, foi instituído o Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011h), regulamentando a lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências (Quadro 8).

Quadro 8 – Regulamentação da RAPS

ESTRATÉGIA	INSTRUMENTO NORMATIVO/ DE FINANCIAMENTO	OBJETIVO
	Portaria nº 3.088/2011, republicada em 2013 (BRASIL, 2013a)	"Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)." A RAPS constitui uma rede integrada e articulada por diferentes serviços voltados para as pessoas em sofrimento psíquico, incluindo crianças e adolescentes e aquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Possibilita a sistematização de todos os dispositivos criados ao longo do tempo, com ênfase na rede como uma linha de cuidado obrigatória para os planos municipais, regionais e estaduais de saúde. Apresenta parâmetros populacionais e técnico-políticos orientadores, como também financiamento para cada componente e ponto de atenção. Essencial para o desenvolvimento dos processos de desinstitucionalização, apresenta direcionamentos para o cuidado e a reabilitação psicossocial, mediante a sistematização dos seguintes componentes: • atenção básica em saúde; • atenção de urgência e emergência; • atenção residencial de caráter transitório; • atenção hospitalar; • atenção psicossocial estratégica – sistematização das várias modalidades dos CAPS, pela Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002d), como serviços estratégicos para ordenação da rede e desenvolvimento de atenção à crise, de matriciamento em saúde mental e de ações de reabilitação psicossocial; • estratégias de desinstitucionalização; • estratégias de reabilitação psicossocial.

Fonte: Elaboração própria.

A qualificação e formação dos trabalhadores da RAPS é um eixo importante para garantir a implementação dos serviços psicossociais, de acordo com os princípios da desinstitucionalização. Entre os vários projetos[10] desenvolvidos no âmbito nacional, alguns já foram extintos e outros ainda permanecem em execução com financiamento federal.

[10] Vejamos alguns desses: Programa Pet-Saúde – Educação pelo Trabalho para a Saúde, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421/2010 (BRASIL, 2010a); Residência em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental; Escola de Redução de Danos, Escola de Supervisores e Supervisão Clínico-Institucional; Percursos Formativos na RAPS, baseado num projeto de intercâmbio entre profissionais de diferentes lugares do país com foco em diferentes temas, entre eles, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial; Cursos de Atualização à distância; Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica (agentes de saúde e técnicos de enfermagem); Curso de Especialização em linha de cuidado em Enfermagem; Curso de Tópicos Especiais de Policiamento e Ações Comunitárias (BRASIL, 2016).

Você encontrará a especificação de cada componente da RAPS e de seus respectivos pontos de atenção no capítulo 3, assim como os desafios e as proposições para sua operacionalização (de financiamento e de qualificação), tendo em vista o desenvolvimento operacional dos processos de desinstitucionalização.

Além das portarias federais, vale destacar que a experiência brasileira é plural, e alguns estados[11] e municípios construíram, ao longo do tempo, aparatos legais e arranjos assistenciais próprios para garantir o desenvolvimento dos processos locais.

Os desafios históricos concentraram-se na necessidade de acelerar os processos de fechamento dos hospitais, de desinstitucionalizar as pessoas com internação de longa permanência e ampliar a rede territorial de atenção em saúde mental. No ano de produção deste documento (2022), além desses, outros desafios se colocam.

Os novos desafios podem ser evidenciados pelas mudanças das normativas técnicas e de financiamento, expressas principalmente pelas Portarias de Consolidação nº 3 e 6, ambas de 28 de setembro de 2017, e pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), alterando a RAPS instituída pela Portaria nº 3.088/2011 e republicada em 2013 (BRASIL, 2013a).

Em 2019, tais retrocessos foram acentuados com a Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019c), com a publicação de proposições de uma "Nova Política de Saúde Mental"[12], apontando para: ampliação do financiamento dos HP e paralela desqualificação do PNASH; financiamento de equipamentos para uso da eletroconvulsoterapia (ECT) no âmbito do SUS; ênfase nas comunidades terapêuticas (CT) como referência de assistência para pessoas em sofrimento psíquico decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre outras proposições.

A referida nota ainda preconiza a decisão do Ministério da Saúde na defesa da mudança da lógica do modelo assistencial de saúde mental vigente no Brasil, contrariando, entre outras, a Lei Federal nº 10.216/2011 (BRASIL, 2001) e a Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009a), dotada de força constitucional, conforme demonstram os trechos a seguir:

> [...] O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza (BRASIL, 2019c, p. 3).
>
> [...] a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2019c, p. 5).

As implicações dessas mudanças podem ser vistas nos dados apresentados pelo Desinstitute (2021) no documento Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01

Como consequência desse cenário de retrocessos, o problema da institucionalização intensificou-se no campo da saúde mental, seja pelos novos investimentos em HP, seja pela expansão das CT para o encaminhamento de pessoas em sofrimento psíquico com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

[11] Vale destacar que, até 2004, oito estados brasileiros contavam com legislação própria, a saber: Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, e Rio Grande do Sul.

[12] A referida nota técnica nomeia como Nova Política o que compreendemos como velhas práticas vigentes no modelo asilar, que voltam a ganhar corpo no âmbito do governo federal, a partir de 2016 até o ano de produção (2022), contrariando os preceitos do arcabouço legal existente no país. Apesar desse cenário, entendemos e sinalizamos neste documento a existência de uma política pública de saúde mental formulada e implementada desde a década de 1980, com respaldo das proposições das Conferências Nacionais de Saúde Mental e da Luta Antimanicomial.

> O levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017, p. 12) aponta a existência de 2.000 CT[13], com oferta de 83.600 vagas, das quais 90% são destinadas ao público masculino e 24,1%, acolhem pessoas com menos de 18 anos.

Vale ressaltar que, em 2021, o governo federal criou normativas que, na contramão das referências nacionais e internacionais, enfatizam a internação de adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas. Criaram-se, no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), as Portarias nº 690/2021 (BRASIL, 2021b) e nº 700/2021 (BRASIL, 2021c), definindo, respectivamente, referências para o plano individual de atendimento e o fluxograma de acolhimento de adolescentes em CTs, assim como a regulamentação da fiscalização das CT que praticam acolhimento de adolescentes.

> O Desinstitute (2021) refere que o orçamento reservado do governo federal via Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para as CT foi de R$ 153,7 milhões, em 2019, e de R$ 300 milhões, em 2020.

O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018), realizado em 28 estabelecimentos, em 11 estados brasileiros e no Distrito Federal, aponta que essas instituições são marcadas, entre outras, pelas práticas de: castigo e maus-tratos, que poderiam ser enquadrados como tortura segundo a legislação brasileira; restrição de convívio social e liberdade religiosa; desrespeito à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero; internações de crianças e adolescentes, sem a observância do previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (CFP, 2018, p. 12).

Segundo o documento "Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020" (CONECTAS; CEBRAP, 2022), as CT receberam, nesse período, o total de R$560 milhões do poder público (esferas federal, estadual e municipal). O estudo destaca ainda o valor pago a essas entidades por meio de emendas parlamentares, montante que ultrapassou R$ 30 milhões entre 2017 e 2020. Agravando a situação, tem-se ainda a aprovação da Lei Complementar 187/2021 que permitiu que essas entidades adquirissem o direito de buscar imunidade tributária, o que consiste em uma espécie de financiamento público indireto.

É importante também registrar que atos do governo federal no primeiro trimestre de 2022 liberaram – por meio do recente Edital de Chamamento Público nº 3/2022, lançado pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania – um repasse no valor de R$10 milhões a hospitais psiquiátricos, reforçando a diretriz manicomial e ferindo a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Embora as CT não sejam objeto deste documento, entendemos que essas, com os HP e HCTP, expressam significativa

[13] Trata-se de CT registradas em um cadastro organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e pelo Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (IPEA, 2017).

mente uma faceta do problema da institucionalização no Brasil e dos retrocessos postos, desde 2016, no campo da saúde mental.

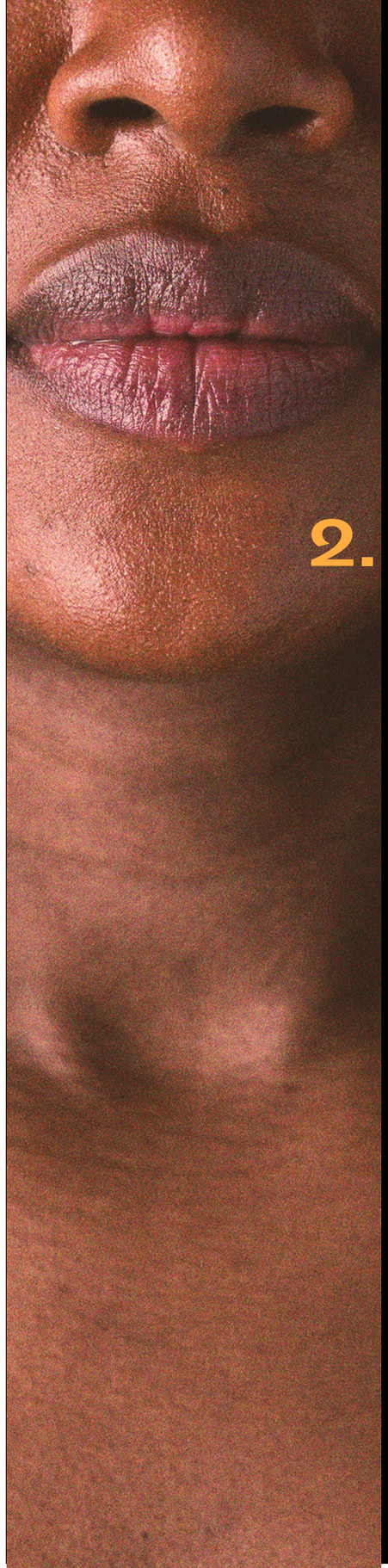
Somando-se a esse cenário, consideramos que o desencadeamento da pandemia do novo coronavírus no ano de 2020 terminou por agravar ainda mais a situação da RAPS e trazer repercussões para os processos de desinstitucionalização em curso. Além do contexto pandêmico produzir implicações para a saúde e vida das pessoas e da sociedade, com intensi ca ção das desigualdades sociais, também repercutiu no cotidiano dos serviços territoriais.

As novas referências sanitárias impuseram mudanças no que se refere às metodologias de cuidado desenvolvidas na rede, com produção de certo desalojamento da rotina cotidiana dos serviços. Tal situação, somada às precárias condições de trabalho e problemas estruturais da rede, oriundos, em parte, dos desinvestimentos no SUS e retrocessos citados an-terior mente, impôs aos trabalhadores e usuários novos desa os em relação ao trabalho psicossocial no território.

Para além desse panorama, é importante ressaltar que a situação das pessoas internadas em instituições com caracterís ticas asilares foi agravada. Isso se deve à desaceleração dos processos de desinstitucionalização e aos riscos eminentes de contágio e morte por COVID-19, dadas as condições de higiene precárias e de aglomeração dentro de tais instituições.

Apesar de todas as problematizações expostas, destacamos que a política de saúde mental com base na Reforma Psiquiá trica Antimanicomial é consistente. Em meio a um cenário complexo, a RAPS mantém-se viva e inventiva, muito em função da atuação dos municípios e dos vários atores locais, especialmente usuários e trabalhadores que sustentam a política de saúde mental em sua perspectiva comunitária.

Para melhor entendermos os efeitos dos processos de desinstitucionalização na vida das pessoas, sigamos no capítulo 2, com base nas narrativas dos usuários e usuárias da RAPS, discutindo sobre “por que e para que fechar instituições com características asilares e desinstitucionalizar pessoas”.



2. As vozes dos usuários e das usuárias da Rede de Atenção Psi-cossocial (RAPS): as implicações da desinstituciona-lização na vida

Este capítulo tem por objetivo apresentar razões para o fechamento dos HP e HCTP e para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização. Essas razões foram constituídas em diálogo com pessoas institucionalizadas e violadas em seus direitos em instituições brasileiras com características asilares.

Em função da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, essas pessoas puderam reorientar o percurso de suas existências por processos de desinstitucionalização e da atenção à saúde de base comunitária, que possibilitaram a protagonização de suas próprias vidas.

Realizamos uma reunião virtual com um coletivo de 15 pessoas, as quais nomeamos, neste capítulo, como nossas interlocutoras[14]. Trata-se de pessoas que vivem a experiência da desinstitucionalização, entre as quais, algumas com inserção em movimentos sociais de Luta Antimanicomial e em espaços de controle social do SUS no país. A reunião também contou com o apoio de profissionais da Reforma Psiquiátrica e da Justiça, com o intuito de evidenciar reflexões em torno da questão central deste capítulo.

A sistematização das reflexões dos participantes primou por dialogar com três perspectivas sobre o fechamento das instituições com características asilares e a urgência da desinstitucionalização, a saber:

- A perspectiva assistencial;
- A perspectiva econômica;
- A perspectiva ético-política.

Para cada perspectiva, apresentamos uma contextualização e os principais temas surgidos na roda de conversa. Cada tema também será acompanhado de uma breve reflexão articulando as falas dos interlocutores.

Destacamos as narrativas de cada uma das pessoas participantes da roda de conversa acerca dos processos de desinstitucionalização. Vale ressaltar que as pessoas e os seus relatos aqui apresentados representam uma pequena fração de uma realidade e da história de milhares de pessoas ainda institucionalizadas no Brasil, conforme assinalado no Capítulo I.

Então, vamos lá!

2.1 A PERSPECTIVA ASSISTENCIAL

Inicialmente, essa perspectiva consiste em reconhecer os HP e os HCTP como lugares de opressão, sem trocas entre "cuidadores" e "pacientes", e que, portanto, devem ser substituídos por serviços territoriais que ampliem as redes de negociação e emancipação de pessoas.

Ao tratar dessa perspectiva assistencial, nossos interlocutores e interlocutoras apontam três dimensões acerca da questão "institucionalização X desinstitucionalização":

- institucional;
- operacional;
- sustentabilidade.

Vamos conversar sobre cada uma dessas dimensoes?

2.1.1 DIMENSÃO INSTITUCIONAL

A questão central do porquê fechar HP e HCTP surge na forma de uma pergunta inversa, como nos apresentou Mário Moro:

> "Como é que me podem fazer um processo de desinstitucionalização sem sequer estar fechando os manicômios?"[15]

De imediato, aponta-se a indissociabilidade entre o processo de saída das pessoas do manicômio e o fechamento deste. A desinstitucionalização só acontece quando as representações e os mecanismos de opressão e de institucionalização na nossa sociedade são diluídos. Para isso, fechar o HP é uma etapa fundamental.

Para entender melhor tal afirmativa, é necessário determo-nos sobre duas questões que denunciam a vida em instituições com características asilares e suas implicações:

- o circuito do controle;
- as violações de direitos.

As instituições com características asilares, historicamente, em nada se confundiram como locais de cuidado e de tratamento. Estabeleceram-se como locais de longas internações, com privação forçada de liberdade, de excessos de medicalização, de procedimentos médicos invasivos e de regramentos sobre o cotidiano, sem oferta das condições básicas para o viver humano, nem mesmo das condições estruturais mínimas para a sobrevivência. As instituições com características asilares constituem, portanto, locais de controle.

Nessa perspectiva, pensando no cenário brasileiro, Dirceu, um dos nossos interlocutores, lembra o percurso histórico da saúde mental, fortalecido pelo SUS. Foi esse processo que permitiu problematizar as instituições com características asilares como um circuito de controle.

> "Porque o SUS, nada foi dado, tudo conquistado, tudo partiu de uma demanda da Vigilância Sanitária, dos trabalhadores de saúde mental, que viam e que tinha que ver o que aquela forma que os manicômios estavam funcionando não adiantava mais. São depósitos de pessoas, onde se são sujeitas a vários sofrimentos, né? Ficam sujeitos, submetidos, à vontade de pessoas que usam branco."

Nessas instituições, o principal mecanismo do circuito de controle das pessoas dá-se, na maior parte das vezes, pela relação opressora, sustentada pelas violações de direitos. Sobre isso, Edjane e Sandra Mara, respectivamente, falam-nos:

> "Eu quero contar um pouco da minha situação como era. Eu entrei lá no hospital de menor, grávida. Aí tive dois filhos lá. Eu não era doente assim. Eu trabalhava e estudava."

[14] Oriundas de diferentes municípios e estados, apresentamo-las: Roque Júnior, de Farroupilha (RS); Sandra Mara Lopes da Silva e Dirceu Luiz Rohr Júnior, de Porto Alegre (RS); Edjane Maria Vieira e Renildo Mariano de Aguiar, de Camaragibe (PE); Rosa Nascimento Marinho e Admil Sebastião Ortiz, de Carapicuíba (SP); Tatiana de Freitas, de Sorocaba (SP); Mário Moro, de Santo André (SP); Coleta Rodrigues Gomes, Germânio Eustáquio da Silva, Marisa Cristina da Silva e Bento Márcio da Silva, de Barbacena (MG); Adriano Alves da Silva, de Belo Horizonte (MG).

[15] Na transcrição das falas, mantivemos as marcas de oralidade das pessoas interlocutoras.

> “Eu sou usuária da Saúde Mental desde os meus 14 anos, tive dez anos de moradia no Hospital São Pedro, aqui de Porto Alegre. Morei dez anos lá dentro e, de lá para cá, em 98, eu conheci a Reforma Psiquiátrica de uma maneira não muito legal, mas que foi o que me deu uma trajetória de vida que eu tenho hoje. Quando eu engravidei do meu filho mais velho, dentro do hospital psiquiátrico, ele ia nascer em 17 de fevereiro, e aí o médico chegou para mim assim: ‘beleza, tu pode morar aqui o resto da tua vida e quando tu for para maternidade a gente bota a criança pra adoção’. Eu tive que novamente provar que a Sandra, que tinha 91 internações, também tinha vida própria e tinha querer. Não queria que as pessoas decidissem por mim. [...] Hoje, eu moro na minha casa, hoje eu tenho a minha vida organizada e luto, sim, contra o manicômio, porque o jeito que eles tratam a gente não é humano, não é digno. As pessoas lá decidem por ti [...].”

Nas narrativas dessas mulheres, ao observarmos os longos anos de internação vividos (para algumas delas, desde a adolescência), identi camos implícita e explicitamente múltiplas violências direcionadas aos seus corpos e ao possível exercício da maternidade. Nesse sentido, várias perguntas emergem:

Em que condiçoes essas mulheres engravidaram? Que cuidados receberam? Quais as repercussoes de uma gestação em um ambiente hostil? Essas mulheres tiveram o direito de escolher criar ou não o próprio filho? Elas receberam o suporte necessário ante suas decisoes?

Em meio a violações que acometem homens e mulheres em instituições com características asilares, há uma especi cidade quando se evidencia a intensidade e as repercussões dessas violências na vida das mulheres. Observamos que, no espaço do asilo, reproduzindo as opressões estruturais que ocorrem fora dos muros institucionais, há um forte marcador de violência de gênero.

Podemos identi car, ainda, outras mulheres que, na roda de conversa, foram mais explícitas quanto às experiências de violações de direito. Vejamos o que nos dizem Tatiana e Marisa, respectivamente:

> “Então, eu fui para o hospital com 11 anos, né? Eu era maltratada, eu era chamada de gorda, de obesa!”

> “Mas no hospital não é bom. Lá, a gente é maltratada, a gente fica amarrada, a gente toma injeção, a gente toma banho frio e a gente não tem o que comer quase nada. A gente, a maior parte, a gente passa fome, porque no hospital só tem sopa, é meio pão, café ralo com leite.”

Coleta, por sua vez, ao contar sua história, resume o circuito do controle e as violações de direitos:

> “[...] tem muitos anos que eu saí do hospital psiquiátrico, eu fiquei lá muitos anos, sofri muito lá, com aquelas empregadas lá, eu sofri com elas, elas eram ruins para a gente naquela época, aquilo. Nós ficava preso no pátio, não deixava a gente sair de jeito nenhum, tinha um cadeado lá no portão lá, tinha um pátio grande lá. A gente saia só na hora do almoço só, e, quando almoçava, punha a gente lá naquele pátio de novo, a gente saia de jeito nenhum, fiquei lá muitos anos.”

As narrativas evidenciam fortemente uma imposição de maus-tratos no cotidiano que vão desde as relações autoritárias, de opressão, passando por tratamentos coercitivos, acesso precário à alimentação e cerceamento de liberdade. Não há bre chas para a manifestação do desejo. As pessoas parecem submeter-se permanentemente a um ordenamento impositivo naquilo que se coloca como natural e até banal na vida comum das pessoas: banho, comida, ir e vir.

Ao conversarmos sobre necessidades reais, pessoas reais, vivendo vidas reais, deparamo-nos com outra dimensão da perspectiva assistencial: a operacional.

2. 1. 2 DIMENSÃO OPERACIONAL

Nesta dimensão, com base nas narrativas das pessoas interlocutoras acerca da vida em liberdade, identi camos temas que expressam as repercussões de mudança do modelo asilar para o psicossocial na vida de cada uma delas.

Visualizamos em suas falas que o não exercício de direitos básicos, como o acesso a bens e serviços estruturais (saúde, moradia, trabalho, renda e cuidado), foi determinante para sustentar as internações de longa permanência a que foram submetidas. Ou seja, a reclusão no hospital não se deu por uma necessidade clínica real das pessoas, mas pela ausência de suporte social e das ofertas de tal natureza e, consequentemente, pela impossibilidade de acessar tais direitos.

Nossas interlocutoras apontam objetivamente a garantia de direitos como uma questão central buscada e explicam o porquê de desinstitucionalizar pessoas. Assim, os principais temas desta dimensão são:

- cuidado;
- SUS;
- intersetorialidade;
- moradia;
- acesso à renda;
- inserção social.

Ter uma perspectiva de cuidado, no lugar de um circuito de controle e de violações de direitos, fez essas pessoas em processos de desinstitucionalização de nirem o que é cuidado e como fazê-lo para si e para as pessoas em geral. Vejam as narrativas a seguir de Dirceu e Edjane, respectivamente, sobre suas experiências fora do hospital:

> “É o cuidado com aquelas pessoas que usam serviço de saúde mental, que não precisam estar numa emergência em saúde mental, que não precisa ir ocupar espaço no serviço. Ser atendido pela atenção básica; com todo o cuidado com o vínculo, cuidado com a liberdade, o fortalecimento dos vínculos com as próprias famílias.”

> “Eu não era doente assim não, eu trabalhava, estudava, nos 13 anos. Eu agora eu não me considero doente, não, sabe? Sou uma pessoa assim sensível como todo mundo, sabe? E ninguém tá doente assim, é cuidar da saúde, né? Fazer as coisas em casa, porque, se não fizer as coisas em casa, pega mais na mente, né? Ocupo muito a minha mente aqui, faço uma coisa, faço outra, sabe? Aí pronto. Eu tô gostando demais de tá aqui nesse lugar, nessa residência, viu?”

As pessoas podem ser olhadas de diferentes formas, em diferentes lugares da rede. Podem ser reconhecidas integralmente e fora do escopo da doença. Parece que é sobre isso que Dirceu e Edjane nos falam.

Essa perspectiva de cuidado só é possível quando há uma rede de serviços de base territorial dentro de um sistema universal e público, como o SUS. Isso constitui demanda central para os usuários e usuárias da rede de saúde mental. Dirceu aponta-nos:

> “A gente quer o SUS no território, que é a política do SUS.”

A implementação do SUS no território implica o exercício da intersetorialidade, como uma importante articulação para o desenvolvimento de estratégias territoriais. Observemos mais uma vez que Dirceu nos traz a complexidade e diversidade das demandas apresentadas pelas pessoas ao saírem do manicômio.

> “É importante ter os residenciais terapêuticos, ter políticas intersetoriais para poder atender essa demanda.”

A garantia de direitos é o principal elemento que marca o processo de desinstitucionalização, assim como a produção de saúde física e mental, e, portanto, fundamental à mudança do modelo de atenção. Além do cuidado em liberdade, como vimos até agora, a moradia é um marco importante para viabilizar o retorno à vida em sociedade.

Sobre poderem voltar a morar em residências próprias – ou aquelas custeadas pelo Estado –, como os SRT, vejam o que nos dizem as pessoas interlocutoras:

Sandra Mara: “Em Porto Alegre, um projeto de habitação, né, me forneceu uma casa de emergência que foi colocada no fundo da casa da minha irmã. E, aí, eu saí do São Pedro pra poder ganhar o Bruno, que hoje tá com 23 anos.”

Renildo: “Meu nome é Renildo Mariano de Aguiar, estou bastantemente alegre por ter saído do hospital e ter hoje em dia uma casa residência de sossego, de paz, de amor, de alegria.”

Germânio: “A casa terapêutica foi um milagre de Deus para nós. Tô aqui desde 2004 até agora.”

Bento: “E outra história de amor que me aconteceu na minha vida, as residências terapêuticas, que mudou a minha vida também muito.”

Nas narrativas anteriores, ca evidente o quanto ter uma casa repercute na vida das pessoas e transforma-as. Possibilita a aproximação com a família e a construção de um sentimento de pertencimento que produz bem-estar e aumenta as possibilidades de relação.

Na nova moradia, a diversidade de um cotidiano, em contraponto ao marasmo e vazio da vida em instituições com características asilares, parece reavivar as pessoas. Vejamos as narrativas a seguir:

Roque: “E, aí, vários, várias residências terapêuticas, as pessoas começavam uma vida, né? Começar de novo uma vida, como escovar os dentes, como controlar o dinheirinho, como ir na quitanda, isso é uma coisa que é interessante relacionar aqui [...]. Como que é a vida dessas pessoas, é uma nova vida, é totalmente diferente, né?”

Rosa: “Eu gosto daqui da residência, aqui é muito legal pra mim, eu trabalho, estendo roupa no varal, eu obedeço as cuidadora. O que elas mandam obedecer, eu obedeço. Eu sou muito boa aqui na residência, eu sou muito legal, eu sou muito boa, viu? Minha mãezinha tá lá em Mauá. Tô esperando acabar o coronavírus para mim ir lá visitar ela, só isso.”

Marisa: “Na residência a gente tem liberdade de ter as coisas, pode sair, pode ir pros baile, né? Mas tem hora de chegar, assim também, não muito tarde, né? Mas a gente aproveita bastante, né. As coisas aqui da residência, a gente sai, tem liberdade de comer, liberdardade do banho, dormir, tudo com liberdade. "

O contexto muda, as pessoas mudam para melhor. As narrativas mostram o quanto cotidiano, relações, afeto e respeito são imprescindíveis para a saúde mental. Nesse sentido, notamos ser importante para a promoção do bem-estar e da vida em liberdade a conjunção de diversos desses fatores, não apenas um.

> “Meu nome é Edjane Maria Vieira. Eu moro em residência terapêutica também. Tomo remédio controlado também e faço atividade por semana, faço bolsa de pano, faço flores com caixas de ovos. Eu gostei muito de vir pra aqui, gostei muito de vir para esse lugar, para essa residência mista, amei vir para essa casa de residência [...].”

Além do cuidado, dos serviços territoriais, da moradia, o acesso à renda mostra-se essencial, seja por meio de projetos de geração de renda, seja pelo cadastro em programas de benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) e o PVC.

Germânio fala-nos da importância disso para o seu dia a dia, destacando que a renda, para além do poder de compra, possibilita-o circular na rua e fazer escolhas.

> “Aqui a gente pode sair [...], assim a gente pode comprar as coisas, a gente compra roupa, eu compro roupa, alguns aqui compra roupa, compra as coisas na rua, compra coisa de comida na rua, come na rua.”

De alguma forma, o que está sendo enfatizado pelas pessoas interlocutoras é que o acesso ao trabalho e à renda somado à moradia permite concretamente vivências diversificadas e inserção social. Mário Moro expressa isso na sua narrativa:

> “E as oficinas terapêuticas? Cadê o projeto de inclusão, inserção social? [...] A importância de investimentos em inserção, de inclusão social, de geração de trabalho e renda, não tem como se fazer saúde mental sem que isso ocorra!”

A inclusão econômica, na perspectiva da inserção social por meio de programas de geração de trabalho e renda, é fundamental. Quando os direitos são efetivamente restituídos pela articulação do cuidado, da moradia e do acesso a trabalho e renda, as pessoas em processos de desinstitucionalização passam a de nir, por si, o que querem.

Como sustentar as açoes que restituem direitos e desejos? Vejamos o que as pessoas referem sobre isso.

2. 1. 3 DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE

Nesta dimensão, podemos observar o quanto a reciprocidade permitida pelo processo de desinstitucionalização, ou seja, o reconhecimento das pessoas entre si, produz mudanças na forma como elas se relacionam, enxergam a sociedade e se posicionam no mundo. Dessa forma, trazemos agora temas relevantes que, ao mesmo tempo que são frutos do processo de desinstitucionalização, articulam e reforçam a vida nos territórios, a saber:

- protagonismo;
- autonomia;
- criticidade;
- cidadania.

Entendemos que a condução da própria vida e a participação nas de nições sobre si e para si traduzem o que chamamos de protagonismo . As pessoas em reabilitação assistida saem da condição exclusiva de “pacientes” para a condição de pessoas, em que estabelecem as mais diversas trocas, desde a participação na concepção da política pública, até o envolvimento com os mecanismos de controle social. Vejamos o que Mário Moro e Dirceu, respectivamente, nos falam:

> “Tem aqueles, como eu também, que muito colaborou na parte política da coisa, de discussão e conferências, em conselhos municipais da saúde e mobilização, para que isso, que isso se efetivasse de fato, certo? [...] Então, gente, nós temos que ir com as nossas vozes, reforçar, mostrar diante da voz do usuário que não é isso que a gente quer, o que é que a gente quer, um tratamento humanizado.”

> “Eu sou Dirceu, eu sou oficineiro de serigrafia do Geração POA. Também, atualmente, sou coordenador do conselho local de saúde do Geração POA, atualmente também estou como vice-coordenador da Comissão de Saúde Mental do município de Porto Alegre, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. O Conselho Nacional de Saúde, tá? Ele já convocou a Conferência Nacional de Saúde Mental para maio do ano que vem. Estão acontecendo, estão acontecendo as conferências populares de saúde, né? Nos territórios, daqui a pouco, as instâncias estaduais e municipais. Então que todos nós possamos engajar nessa frente ampliada, que está distribuída em todo o país, todos os territórios, todos os municípios. Participar e construir essas propostas. A gente precisa se mobilizar [...]. Então, a gente tem que se mobilizar. O Mário tá falando que ele participou do Conselho Estadual de Saúde lá em São Paulo. Eu indico ainda mais, Mario, assim como eu e alguns colegas da Geração POA, a gente participa da Comissão de Saúde Mental no município, porque é no município que a gente mora, no município que a gente decide as coisas, a gente tem... a Comissão de Saúde Mental, a gente tem vários pareceres, que já foi entregue na mão da gestão e a gente continua lutando pelos

> nossos direitos, pela política pública de saúde mental que a gente acha o viés correto, que tem que ser, nada tá sendo inventado [...]. Então, assim, a gente tem várias formas de poder estar construindo, as políticas públicas, as sugestões estão aparecendo no Conselho Municipal de Saúde, nas comissões de saúde mental dos municípios."

Vemos referências das pessoas interlocutoras à possibilidade de exercerem diferentes papéis, para além do de pessoas em sofrimento mental e usuárias da RAPS, mas de trabalhadores, de protagonistas políticos, de escritores, de estudantes, com possibilidades reais de escolherem futuros antes impensáveis, conforme nos dizem Germânio e Roque, respectivamente:

> "Eu tô fazendo até faculdade! Eu tô fazendo faculdade de publicidade. Tô indo muito bem na faculdade."

> "Também fiz faculdade, fiz metade do curso de história, metade do curso de sociologia, escrevi, né? Publiquei mais de 50 livros que estão aí no meu *site*, e o laboratório para essa escrita dos livros foi o controle social, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, a RENILA [Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial] e outros assuntos que eu tenho feito aí nesse período, e eu me considero sempre aprendendo, né? Um eterno aprendiz, era isso!"

O protagonismo é fruto da autonomia, que se constrói ao longo do processo de desinstitucionalização. A experiência de acesso às possibilidades múltiplas de negociação aumenta a criticidade sobre si e sobre o mundo e o poder de decisão.

Vejamos a narrativa de Mário Moro ao tratar da questão do uso de drogas e dos tratamentos vigentes no nosso país. Ele faz uma importante articulação do agravamento dessa situação com a perspectiva racial.

> "Lá no Rio de Janeiro, sobre a questão também da represália, tudo, do negro, usuário de dependência química, tudo, que a gente tem que entender que, apesar de tudo, são pessoas, sujeito de direito e que, apesar de tudo, não merece essa forma, dessa forma que estão aí tentando fazer isso tudo, certo?"

Ao longo deste capítulo, pudemos observar que as pessoas interlocutoras, de alguma forma, apontam, ao problematizar a realidade, as marcações imbricadas de gênero, raça e classe. Anteriormente, vimos como as mulheres retrataram as especificidades das violências postas a elas dentro do manicômio. Agora Mário Moro nos traz a questão racial.

Mesmo que os exemplos dos trechos de falas destacados se refiram a um aspecto, entendemos que os marcadores gênero, raça e classe fazem parte de uma dinâmica interseccional, como marcações indissociáveis e que regulam a intensidade e

configuração das opressões às quais as pessoas são submetidas. De alguma forma, as narrativas das pessoas interlocutoras apontam para isso.

Para Biroli e Miguel (2015), na perspectiva da interseccionalidade, os indivíduos são um ponto de intersecção de diferentes opressões, e essa perspectiva permite apreender a multiplicidade e articulação dos sistemas de dominação e como estes restringem ou potencializam as trajetórias das pessoas. Ainda sobre o olhar crítico em torno da realidade, podemos destacar a seguir a narrativa de Roque, ao tratar da diferença entre os modelos de abstinência e de redução de danos, como também da atual política voltada para a questão de álcool e outras drogas. Roque aponta para as disputas presentes no campo do cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas.

> "É bem importante a questão da redução de danos, né? A política que já se tem há muito tempo. É uma, é a política mais certa aí para questão de álcool e outras drogas, que é essa a questão da redução de danos, porque a abstinência é uma coisa ultrapassada, que não funciona [...]. Então eu acho que é interessante deixar registrada essa questão da necessidade de ampliação da redução de danos, era isso."

O posicionamento crítico e participativo em relação ao que diz respeito à vida em sociedade traz o exercício de direitos como uma questão central. Para as pessoas interlocutoras, há a consciência de que são cidadãs e de que a condição psicopatológica, seja ela qual for, se existir, não pode violar o direito das pessoas. Vejamos o que nos disse Dirceu:

> "E também tem que se engajar, e assim, o estigma, a gente é paciente do SUS, a gente não pode ser considerado paciente, a gente tem que se posicionar como usuário do SUS [...]. Na verdade, as pessoas, elas são sujeitos de direitos, elas têm direito ao trabalho, elas têm direito à cidade, elas têm direito à cultura, é assim de ir e vir, de amar, de estudar, de trabalhar, de morar com qualidade, recuperar esses vínculos familiares [...]."

A narrativa de Dirceu traduz bem os princípios e as proposições garantidas pela Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) e pelas demais normas que amparam a Reforma, conforme elencado no capítulo anterior. Compreendemos que as narrativas apresentadas neste capítulo, ao se debruçarem sobre a realidade, além de apontarem os retrocessos no âmbito da política de saúde mental, especificam o componente econômico que atravessa e determina as disputas em torno da substituição do modelo manicomial e dos recursos públicos.

2. 2 A PERSPECTIVA ECONÔMICA

Os retrocessos na política de saúde mental também foram parte do debate com as pessoas interlocutoras e autoras deste capítulo. As experiências de vida, mediante vivências de protagonismo e inserção social, permitiram a produção de re-

xões críticas quanto ao momento de produção deste documento (2022) da política nacional de saúde mental.

As pessoas participantes da roda de conversa rea rmaram os princípios do SUS para a atenção psicossocial, além de sinalizarem, precisamente, em que consistem esses retrocessos. Vejamos as narrativas de Dirceu e Mário Moro, respectivamente:

> "E a política pública 10.216, ela preconiza que os serviços do SUS, privados, eles são complementares! Então, isso é uma exceção da regra, o problema que a política pública atual do desmonte tá transformando a exceção em via de regra. Então, a gente tem que combater isso, por exemplo, a política de não promoção de concurso público, e apenas terceirização, privatização, a gente tem que dizer um basta sobre isso, né? E eu quero dizer o seguinte, o CAPS hoje, o desmonte que tá acontecendo, ele tá sendo bloqueado."

> "Inclusive pressionar esse governo, que ele não deve só pensar em investir em comunidades terapêuticas sendo a alma do negócio tudo. Cadê a habilitação de outros serviços nossos que está tudo parado lá em Brasília, de mais CAPS, mais unidades de acolhimento [UA], mais repúblicas terapêuticas, isso aí. Ó nem pensaram nisso aí, que é só um olhar do fator de internação e de serviços de comunidades terapêuticas. Então só pensam nisso!"

Tanto Dirceu como Mário Moro denunciam o quanto as proposições realizadas desde 2016 pela política nacional de saúde mental vão de encontro às referências da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e às necessidades dos usuários. Registram o desmanchamento dos serviços territoriais, a ênfase dada ao modelo asilar com a inserção do hospital na RAPS, o não diálogo da gestão federal com os usuários quanto às suas necessidades e a violação das proposições da Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001).

Dirceu, especificamente, aponta as preocupações em torno da disputa econômica dentro do sistema. De complementar, o setor privado passa cada vez mais a receber recursos financeiros, desviando, portanto, aquilo que deveria ser aplicado em serviços públicos. Isso produz consequências nefastas para a rede: terceirização e precarização dos vínculos e das condições de trabalho. Vejamos o que Dirceu nos diz:

> "Eles estão com a visão capitalista, médico-centrada. Ela tá muito forte, tá cada dia mais organizada. [...] Recebeu muito dinheiro, são milhões de reais que a gente está falando, gente, porque tem toda uma indústria por trás de tudo isso."

As narrativas anteriores apontam uma associação direta do modelo de atenção aos interesses de determinados seguimentos que parecem ser valorizados e legitimados pela atual gestão do governo federal no tocante à política nacional de saúde mental.

Sobre isso, Mário Moro leva-nos a concluir que a loucura foi e é lucrativa para o setor privado e que a permanência de tratamentos coercitivos, através das instituições com características asilares, sustentam esse setor, o que é bastante preocupante, dada a aplicação de recursos públicos em tratamentos que não contribuem para uma efetiva reabilitação na perspectiva dos direitos humanos.

> "Uma política mercantilista, que querem lucrar em cima da loucura e da abstinência dos usuários, porque imagine só o quanto que não proporciona de lucro para essas instituições religiosas, que estão hoje gerenciando as comunidades terapêuticas, cada usuário que, assim, fica lá é internado e fica nela, agora como é que me pode?"

Em concordância com essa narrativa, Roque refere que o manicômio apresenta várias roupagens e que, na atualidade, são as comunidades terapêuticas que estão mais incisivamente nas disputas das quais aqui falamos.

> "Hoje, o grande manicômio são as comunidades terapêuticas, como falou o intercessor aí. Hoje tá sendo aumentado a quantidade de comunidades terapêuticas credenciadas pelo Ministério da Saúde."

As mudanças impostas pela atual gestão da política nacional de saúde mental baseiam-se em um modelo de Estado-mínimo, como problematizamos no capítulo 1. Identificamos a necessidade de se monitorar as mudanças impostas para adoção de estratégias mais adequadas, afim de evitar desmontes de serviços públicos. No caso dos serviços da RAPS, também é importante evitar os retrocessos das estratégias de cuidado.

Com a disputa de modelos assistenciais em jogo, é necessário reafirmar do que se trata e como se pode compor, nos territórios, redes potentes. Sobre isso, abordaremos a seguir, na perspectiva ético-política, as razões para o fechamento dos HP e HCTP e para o desenvolvimento de processos de desinstitucionalização.

2. 3 A PERSPECTIVA ÉTICO-POLÍTICA

Como apontamos anteriormente, há retrocessos em curso induzidos pela gestão vigente do governo federal. A disputa, no que se refere ao modelo assistencial, produz também implicações econômicas para o sistema e para a RAPS.

Veri camos nas narrativas preocupações com antigos problemas herdados do modelo manicomial que, no ano de produção deste documento (2022), se intensi cam ou, muitas vezes, se reproduzem com roupagens diferentes.

Ao abordarmos a perspectiva ético-política, queremos tratar da necessária resolutividade da atenção psicossocial, considerando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, mas, principalmente, a problematização da realidade vigente, no sentido de atentar para que a lógica manicomial não se reproduza nos contextos territoriais. Para isso, o grupo de pessoas interlocutoras apontam-nos algumas reexões que justi cam, numa perspectiva ético-política, as razões pelas quais é preciso fechar hospitais e desinstitucionalizar pessoas. Algumas dimensões mencionadas são tratadas como ameaças, outras como possibilidades e outras como necessidades, no âmbito da desinstitucionalização. Falamos aqui de:

- reprodução da lógica de controle;
- metodologias de cuidado emancipatórias;
- pandemia e suas implicações.

2. 3. 1 A REPRODUÇÃO DA LÓGICA DE CONTROLE

Ao problematizarem os retrocessos da realidade atual, as pessoas interlocutoras identi cam os desdobramentos do modelo asilar da "nova política de saúde mental" na contemporaneidade (2022). Referem o quanto essas proposições ultrapassam os muros institucionais e con guram ameaças que podem interferir, minar os processos territoriais de cuidado. Mário Moro sistematiza bem essa preocupação ao falar:

> "É outra coisa diferente, vamos ficar atento diante disso, mas nós precisamos e podemos, sim, aproveitar das nossas vozes. Tudo nesse espaço de tempo do 18 de maio, tudo, para mostrar para a sociedade, porque, senão, eles ficam lá fazendo live, fazendo vídeos, tudo, dizendo de quem é essa que chamam de uma nova política. Porque como é que me pode duas ou três portarias e, com isso, já disse, mudou tudo na nossa política? Como é que me pode mudar em algumas portarias, inclusive alguma delas que foi a que trouxe HP e comunidade terapêutica para fazer parte da rede de atenção psicossocial [...]."

Ante tais preocupações, dois recortes são feitos nas narrativas dos nossos interlocutores: os riscos da ECT e da hipermedicalização. Roque, por exemplo, expressa sua indignação com o retorno de certa valorização, dentro do SUS, da ECT:

> "O ano retrasado foi colocado daquela questão da nota técnica aí do ECT, né? Não tem cabimento isso. Os próprios estudos mostram que o ECT precisa ser acompanhado por um anestesista, um profissional na área de cardiologia e outras áreas também, né? E não tem comprovação científica a longo e médio prazo da ECT, isso é interessante saber!"

Lembremos que a ECT é uma prática há muito tempo contestada, principalmente pelo seu caráter invasivo e de muitas divergências cientí cas, ou seja, de inconclusões quanto à sua indicação, contraindicação e e cácia terapêutica (SILVA; CALDAS, 2008).

A ECT constituiu, historicamente no Brasil, castigo dentro dos manicômios, denunciada pelo seu uso indiscriminado, por várias pessoas que passaram por internações em HP. Não há consenso quanto ao seu uso e parece que a preocupação dos nossos interlocutores paira na ênfase dada a esse recurso na Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019c), discutida no capítulo anterior.

A hipermedicalização, herdada como prática do modelo manicomial, aparece também nas narrativas. Nossos interlocutores problematizam o lugar da medicação para lidar com o sofrimento psíquico. Sobre isso, Mário Morodiz:

> "A importância da gente pensar sobre a questão da droga lícita e da droga ilícita: se torna tudo um usuário de droga lícita, que são os remédios que a gente toma, né? Né, gente? Remédios são drogas lícitas, né? Então, se uma pessoa fica muito subordinada ao medicamento por um longo tempo, o organismo dele, o cérebro dela fica tudo viciado nessa droga lícita, e aí o que que acontece?"

Tal observação de Mário remete-nos a pensar sobre as análises de Freitas e Amarante (2015), quando problematizam a hipermedicalização em psiquiatria e apontam para consequências individuais e sociais dessa estratégia de controle dos corpos, utilizada enfaticamente pela psiquiatria biológica na relação que estabelece com a indústria farmacêutica.

Observemos que tanto Roque como Mário Moro enfatizam o quanto os retrocessos da política nacional de saúde mental em curso trazem no seu bojo ameaças. No momento em que há uma desaceleração dos investimentos federais na RAPS, conforme dados apresentados pelo Desinstitute (2021), e uma indução o cial para implantação de ações de saúde mental ambulatoriais, indiretamente se ampliam as brechas para o maior uso de recursos voltados para a contenção dos sintomas, do que propriamente para o cuidado integral e a reabilitação psicossocial das pessoas.

Nesse sentido, nossos interlocutores alertam para olharmos como se recompõem as velhas estratégias de controle dos corpos, com um discurso de modernidade e tecnologia. É com essa roupagem que as alusões à ECT e aos fármacos vêm sendo retomadas com maior ênfase na contemporaneidade. Tais provocações trazem a necessidade de que, no âmbito das políticas públicas, decisões referentes à implantação e à expansão da rede coloquem-se na pauta da sociedade e do Estado, não apenas numa perspectiva técnico-assistencial, mas principalmente ético-política.

Se a reprodução da lógica de controle dos corpos precisa ser combatida enfaticamente, em contrapartida nossos interlocutores apontam para a necessidade do desenvolvimento de tecnologias de cuidado imbricadas com o exercício de direitos.

2. 3. 2 METODOLOGIAS DE CUIDADO EMANCIPATÓRIAS

As estratégias consolidadas das RAPS apareceram, rea rmadas em sua potência, mais uma vez, por serem elas experiências vivas e vividas pelos nossos e nossas interlocutoras. Nessa dimensão, deparamo-nos com relatos que rati cam determinadas metodologias de cuidado que, baseadas na convivência e no vínculo, se opõem àquelas que operam na dimensão do controle dos corpos, a saber:

- referência técnica;
- PTS;
- estratégias de reabilitação psicossocial.

A referência técnica de uma pessoa é desenvolvida por pro ssional da rede com quem se estabelece mais fortemente o vínculo e com quem se constrói conjuntamente os caminhos para o percurso de cuidado e de reabilitação. É a referência técnica que apoiará diretamente a pessoa na retomada da sua vida em liberdade.

Sobre isso, Sandra Mara compartilha o início de sua experiência, após a saída do HP:

> “Aí, ganhei a vaga na pensão, eles começaram a fazer um trabalho, entrei no CAPS, né? E aí comecei a ficar em CAPS direto, e a Vera Leonarde sempre dizendo: ‘tu consegue, tu pode!’”

Podemos observar nessa narrativa o quanto um acompanhamento marcado pela relação de proximidade, con ança e apoio produz repercussões importantes para Sandra. O que nos faz retomar as premissas da clínica desenvolvida no âmbito da desconstrução manicomial: o direito de ir e vir, a interação com a cidade, o acesso ao cuidado em liberdade e, conse quentemente, o protagonismo da própria vida.

Ter um projeto terapêutico comprometido com o projeto de vida das pessoas permite que elas alcem voos importantes nos seus territórios geográ cos e existenciais. Sandra, referindo-se a uma discussão técnica sobre seu caso com a equipe do CAPS e o supervisor clínico institucional do serviço, a rma:

> “Falou como seria meu tratamento dali para diante, né? E, olha, eu digo para vocês que ele poderia ter chegado uns 20 anos antes! [...] Eu ganhei alta no ano seguinte no CAPS. Tô na rede básica, sou usuária do Sistema Único de Saúde, não de saúde mental, né?”

Podemos acompanhar, pelas falas, como a desinstitucionalização se dá de forma processual, cuja dinâmica se atualiza a cada dimensão do projeto terapêutico singular . Dito de outra forma, a cada dimensão da vida em liberdade.

De maneira muito con uente, surgiram questões e relatos do cotidiano de cada pessoa participante da roda de conversa que reforçam a importância da articulação permanente de estratégias, em que a convivência e o uso de múltiplas lin-gua gens (as possíveis para cada pessoa) são centrais.

Assim, as estratégias de reabilitação psicossocial se fazem em ato, nos encontros, nas trocas, nas diversas atividades terapêuticas, como um desenrolar de um novelo, em que, aos poucos, materializa-se de outro jeito.

Satílio e Dirceu, respectivamente, traduzem tais análises com suas narrativas:

> “O CAPS, a última vez que eu fui lá, foi para desenhar e pintar e fazer exercício, né, com a Débora. Na sexta-feira que vem agora, desta semana, dia 14, eu vou ir lá fazer exercício. E o ateliê, meus quadros no ateliê tem bastante, né? Eu antigamente, em 2015, antigamente eu ia para São Paulo, comprava 20 telas, 18 telas, trazia sozinho para casa, né. Aí, na segunda-feira, trazia os quadros né. Quando chegava em 2, 3 dias, 4 dias, tava pintada todas as telas, a óleo. O preço dos quadros é tabelado, né? Tabela dos preços que trabalho.”

> “A gente tinha que criar, por exemplo, centros de convivência, onde atividades culturais, venda de produtos, produção, uma renda e inclusão social e trabalho em coletividade, tinha também que ser criado, porque alguns municípios do Brasil têm o serviço de residenciais. [...] tá falando de serviços de convivência, centros de convivência, serviços de centro de convivências, lugar que as pessoas podem convi- ver, pode produzir, pode vender o seu produto, organizar várias festas para também arrecadar, rifas, vários eventos que são inclusive de que são além de relação para cidade, várias pessoas diferentes aprender se convive, gera uma renda, né?”

As estratégias levantadas sinalizam para além de atividades artesanais recreativas ou educativas. Apontam como a gera ção de trabalho e renda, articulada a outros espaços de trocas afetivas e sociais, é importante para um reposicionamento objetivo e subjetivo das pessoas nos seus contextos de vida. O capítulo 4, ao abordar o direito à cidade e ao cuidado em liberdade, voltará a explorar melhor tais dimensões.

Entre as problematizações e o levantamento de razões para justi car o porquê de fechar hospitais e desinstitucionalizar pessoas, nossos interlocutores ainda nos falam dos desa os atuais ante o contexto pandêmico e suas repercussões para a saúde mental.

2. 3. 3 A PANDEMIA E SUAS IMPLICAÇÕES

A pandemia da COVID-19 impactou a dinâmica de serviços e das relações. Nas narrativas dos nossos interlocutores, identi camos basicamente duas implicações.

Uma primeira implicação diz respeito àquela que afetou diretamente a vida das pessoas inseridas em processos de desins titucionalização, no que se refere à mudança das rotinas de convivência, tão necessárias para sua reabilitação psicossocial. A questão do distanciamento social é tratada pelos nossos interlocutores como algo que atingiu diretamente as relações sociais e familiares. Tatiana, moradora de um SRT, ao tratar da relação com a família, diz:

> “Agora ela não tá podendo, agora ela pode, só que ela não vai poder. Sabe por quê? Por causa da pandemia! Ela não tomou a vacina ainda! Mas, assim, quando ela tomar a vacina, eu vou lá visitar ela, visitar ela, meu irmão, minha sobrinha, meu sobrinho.”

A segunda implicação remete aos desdobramentos sanitários, pensando o agravamento do sofrimento psíquico das pessoas em geral. Vejamos o que Mário Moro nos diz:

> “Precisamos lembrar também a importância da saúde mental dentro desse momento de pandemia. Vocês imaginam só quantos e quantas pessoas que nunca

tiveram antes com problema de transtorno mental, mas que, hoje, devido à problema de desemprego ou de gente da família ter se contaminado ou ter perdido membros da família por causa do COVID-19. Isso não abala psicologicamente?”

Mário Moro reforça o que a OMS, em seu documento The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment (WORLD..., 2020), tem apontado: a necessidade de qualificar e intensificar os cuidados em saúde mental para cuidar das pessoas durante e após o contexto pandêmico. Ele contextualiza bem os determinantes sociais que atravessam o sofrimento contemporâneo: as perdas de pessoas queridas, o medo do adoecimento e o desemprego.

Ante as reflexões apresentadas até aqui, seguimos com a sistematização de elementos ressaltados como essenciais nas narrativas das pessoas interlocutoras, os quais consideramos que constituem recomendações importantes para a desinstitucionalização.

2. 4 RECOMENDAÇOES PARA O TRABALHO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Como forma de sintetizarmos toda a discussão realizada na roda de conversa que fundamentou a construção deste capítulo, delineamos doze recomendações:

I. nada justifica a entrada e a permanência das pessoas no manicômio, porque esse é um lugar de violência e sofrimento;

II. faz-se necessário retirar as pessoas do manicômio, mas não só retirar, como também dar as condições necessárias para viver fora “porque é uma nova vida”;

III. essa nova vida requer se habilitar e desenvolver recursos para a convivência fora das instituições. A saída do manicômio representa, inicialmente, algo que assusta, requerendo um período de adaptação ao cotidiano de convívio social. Por isso a importância de retirar as pessoas da instituição e oferecer apoio e cuidado na perspectiva de ampliar a rede de relações e restituir direitos;

IV. a saída do manicômio implica protagonismo da própria história. Para tanto, deve incluir o direito ao trabalho, a relação com outras pessoas, o exercício religioso, a moradia, a educação e o lazer. Nesse sentido, o SRT tem um peso muito importante, assim como o acesso à cultura, à atenção à saúde, ao trabalho e à renda, aos estudos;

V. é importante não só retirar as pessoas do manicômio, mas também interromper a entrada delas, especialmente a de crianças;

VI. em relação ao direito à saúde, é preciso defender o SUS e a RAPS para garantir o cuidado no território (pela atenção primária e pelo CAPS), com o suporte do SRT e o desenvolvimento do PTS, no sentido de fazer pontes com a cidade;

VII. a intersetorialidade – a articulação entre saúde, assistência social e outras políticas sociais;

VIII. algumas famílias ainda têm o manicômio como uma referência. Então, fazer o trabalho da desinstitucionalização é também trabalhar com a família;

IX. a passagem pelo manicômio produz muito sofrimento a todas as pessoas, mas, no caso das mulheres, há especificidades: a violência sexual, a experiência da gravidez no asilo e a perda do direito ao exercício da maternidade;

X. é preciso atentar para o desmonte da política pública, para os retrocessos produzidos pelo atual governo federal e para as outras formas de institucionalização, especialmente no ano de produção deste documento (2022), que se dão dentro das comunidades terapêuticas;

XI. é importante extinguir os manicômios e criar uma realidade sustentável fora deles, para que as pessoas possam estar no território e ser cuidadas de outro jeito, com a garantia de um acompanhamento psicossocial na RAPS;

XII. é fundamental a mobilização e participação dos usuários e das usuárias da RAPS nos espaços de controle social, dentro dos municípios. É no município que as ações acontecem e no engajamento em conselhos gestores das unidades, conselhos de saúde, nas conferências (sejam elas institucionais e/ou populares de saúde), nos movimentos em torno das grandes discussões e debates de saúde mental.

Assim ecoam as vozes das pessoas inseridas em processos de desinstitucionalização, com delicadeza, afeto, vida, descoberta, respeito e reciprocidade. Ensinam-nos o porquê de fechar manicômios e desinstitucionalizar pessoas.

Como uma colcha de retalho, cada fala, cada pontuação, produz a evidência viva e real do que é a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial na vida das pessoas. São mais de 40 anos produzindo evidências.

As narrativas dos nossos interlocutores e interlocutoras foram registradas em vídeos, produzidos pelo Desinstitute. Para vê-las na íntegra, acesse o canal do Desinstitute YouTube.

Vejamos, a seguir, como operacionalizar os processos de desinstitucionalização nos territórios.

3. A operacionalização dos processos de desinstitucionalização: estratégias de gestão

Ao analisarmos os diferentes relatos de experiências de desinstitucionalização, observamos que, historicamente, as induções nanceira, técnica e política no âmbito nacional foram fundamentais. Entretanto identi camos também que a decisão política e a capacidade de operação concreta com relação à desinstitucionalização sem pre foi protagonizada pelos municípios, com maior ou menor apoio dos estados, a depender da região.

Assim, ca evidente que não há outro caminho senão a atuação proeminente das forças locais de cada região do país. Mesmo os processos de fechamento de hospitais que se deram por intervenção federal demandaram certo grau de opera cionalização dos municípios, especialmente na construção da rede substitutiva local.

A atuação das gestões estaduais e municipais de saúde torna-se ainda mais necessária quando nos deparamos com os retrocessos desencadeados no âmbito nacional desde 2015.

Quais as reais responsabilidades e possibilidades do ponto de vista político, financeiro e de gestão de processos de desinstitucionalização que os sujeitos políticos locais têm e/ou podem desenvolver?

A experiência nos territórios, ao mesmo tempo que revela os obstáculos e limites postos por problemas de nanciamento, de investimentos políticos e decorrentes do contexto pandêmico, aponta que a RAPS se mantém com proposições e in ventabilidade e que os processos de desinstitucionalização de pessoas internadas em HP e em HCTP ainda continuam a acontecer.

Vale destacar que, quando falamos de processos de desinstitucionalização, estamos apontando a necessidade de desen volver ações que possam ir para além da desospitalização, conforme vimos no capítulo 1. Nesse sentido, dois imperativos colocam-se: fechamento de leitos em instituições com características asilares e organização de rede territorial.

Dessa forma, apontamos neste capítul**o** dois eixos operacionais que consideramos essenciais para a organização dos processos de desinstitucionalização nos territórios, seja para retirar pessoas institucionalizadas dos HP ou dos HCTP, seja para interromper a institucionalização de novas pessoas nesses manicômios. São eles:

EIXO OPERACIONAL I:

FECHAMENTO DE HOSPITAIS PSIQUITRICOS E DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

EIXO OPERACIONAL II:

ARTICULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, DE FORMA INTERSETORIAL E COMUNITÁRIA

Acreditamos que esses eixos podem con gurar uma linha guia para possíveis atuações dos diversos segmentos locais. Embora os eixos propostos sejam indissociáveis entre si, as estratégias vinculadas a eles não constituem etapas a serem seguidas cronologicamente, mas proposições que precisam ser consideradas e desenvolvidas em um plano singular de cada localidade.

Que tal percorrer esses eixos pensando sobre a sua realidade e sobre as intervençoes possíveis quanto aos processos de desinstitucionalização na sua cidade e/ou no seu estado?